

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mars 1901, à 1 heure

Par **TOURNEMELLE (CHARLES-HENRI)**

Né à Saint-Remy (Côte-d'Or), le 26 janvier 1871
Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

CAUSES ET TRAITEMENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. REMY,

NETTER,

LEGUEU,

} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mars 1901, à 1 heure

Par **TOURNEMELLE (CHARLES-HENRI)**

Né à Saint-Remy (Côte-d'Or), le 26 janvier 1871
Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

CAUSES ET TRAITEMENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

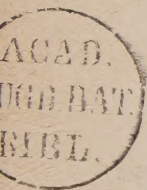
*Juges : MM. REMY,
NETTER, } agrégés.
LEGUEU, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique	{ LANNELONGUE
Histologie	{ CORNIL.
Opérations et appareils	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	{ TERRIER.
Thérapeutique	{ POUCHET.
Hygiène	{ LANDOUZY.
Médecine légale	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	{ BRISSAUD.
	{ CHANTEMESSE.
	{ N....
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	{ BERGER.
Clinique d'accouchements	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Internat.

1900. Hôpital Broca : Service de gynécologie et accouchements.
M. POZZI.
1899. Hôpital Boucicaut : Service de Chirurgie. M. GÉRARD-MARCHANT.
1898. Hôpital Saint-Antoine : Service de médecine et de gynécologie médicale. M. SIREDEY.
1897. Hôpital Saint-Antoine : Service de Chirurgie. M. BLUM.

Internat provisoire.

1896. Hôpital temporaire : Maladies contagieuses. M. ROGER.

External.

1895. Hôpital Lariboisière. Service de médecine. M. DUGUET.
1894. Hôpital Cochin : Service de chirurgie. M. QUÉNU.

A MES AUTRES MAITRES

MM. CHAPUT, LEGUEU, DEMOULIN, SEBILEAU, VILLEMIN,
J.-L. FAURE, COURTOIS-SUFFIT, MACAIGNE, BOUFFE
DE SAINT-BLAISE.

A MES AMIS

JAYLE, BEAUSSÉNAT, CAZENAVE.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Mes maîtres me sauront gré de n'avoir pas fait l'énumération de leurs titres et qualités ; la liste en serait aussi longue que celle des services qu'ils m'ont rendus. Quelques-uns d'entre eux ont été pour moi à la fois d'excellents maîtres et de véritables amis. Ils se reconnaîtront dans ces lignes et savent que j'emporte d'eux un impérissable souvenir. Qu'ils soient assurés de mon entière reconnaissance.

Je remercie le professeur Tillaux du grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Avec les progrès de l'asepsie et de la technique, les éventrations post-opératoires ont diminué de fréquence. Cette complication ne devrait plus s'observer qu'à la suite de certaines laparotomies où le drainage commandé par la nature septique des lésions empêche la réunion primitive. Pourtant, le but cherché n'est pas toujours atteint, et les hernies de cicatrice sont encore chose banale. Un chirurgien à la tête d'un service actif opère chaque année une dizaine d'éventrations.

Il nous a semblé utile d'étudier cette question au point de vue étiologique et thérapeutique. La plupart des observations ont été recueillies dans les registres du service de mon maître Pozzi et complétées par les renseignements que nous ont donnés les malades. Grâce à ces documents, et en nous aidant des travaux parus sur ce sujet, nous avons pu faire une révision des principales causes des éventrations et donner à chacune d'elles l'importance qu'elle mérite. La classification que nous avons proposée, ne vise qu'à la clarté.

Le traitement est divisé en trois chapitres : dans le premier, nous exposons les moyens de prévenir autant que possible les éventrations, à la suite des laparotomies ; les deux autres sont consacrés aux éventrations aiguës et chroniques.

PREMIÈRE PARTIE

Causes des éventrations post-opératoires.

CHAPITRE PREMIER

Définition des éventrations post-opératoires ; leurs divisions.

On désigne sous le nom d'éventrations post-opératoires, les hernies ventrales plus ou moins volumineuses qui surviennent à la suite de certaines laparotomies.

Elles sont constituées « par la sortie d'une portion ou de plusieurs viscères entiers à travers les bords des muscles droits à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunit, ou par la déchirure de cette cicatrice, ainsi que par le défaut de réunion primitive des bords aponévrotiques (1) ».

L'évolution normale d'une plaie de laparotomie bien suturée, non drainée, est la réunion par première intention, la cicatrice est à peine visible, large de quelques millimètres seulement ; elle résiste à l'impulsion de la toux. Le tissu cel-

(1) LA TORRE, *Congrès de Genève*, 1896.

lulaire arrêté de chaque côté de la ligne médiane par la banderlette cicatricielle, forme deux saillies longitudinales.

Les cicatrices secondaires sont larges et minces, brunes, d'aspect gaufré. Le tissu fibreux, qui les constitue, se laisse souvent distendre ou se déchire, et l'éventration apparaît.

Parfois, la réunion manque complètement, il n'y a pas de cicatrice ; le péritoine, les aponévroses, les muscles et la peau désunis, livrent passage à la masse intestinale. Ces faits ont été groupés par Chavannaz sous le titre d'éviscération spontanée ; « c'est l'issue spontanée d'une partie des viscères abdominaux à travers les différentes couches de la paroi ventrale au niveau même, ou dans le voisinage immédiat soit de la ligne de section, soit de la cicatrice qui lui a succédé ».

Nous proposons d'appliquer à ces ruptures de suture, ou de cicatrice le terme d'éventration aiguë post-opératoire ; qu'elle se produise avant ou après la formation de la cicatrice, qu'elle soit *précoce* ou *tardive*, cette complication exige un traitement immédiat en rapport avec sa gravité.

C'est un accident aigu, dont l'apparition imprévue inquiète toujours le chirurgien et met souvent la vie du malade en danger.

Au point de vue anatomique, il n'existe entre l'éventration aiguë et l'éventration chronique qu'une différence de degré. La première est *totale*, en ce sens que toutes les couches de la paroi sont rompues, et les viscères à nu dans la brèche pariétale. La seconde est *partielle* ; la peau doublée du péritoine forme toujours à l'intestin hernié une enveloppe protectrice.

(1) CHAVANNAZ, *Revue mensuelle de gynéc. de Bordeaux*, 1900, T. 2, nos 5 et 6.

Elles n'ont pas le même degré de fréquence ; l'une est rare et se montre dans les dix premiers jours. L'autre est fréquente et ne se produit que tardivement. Les éventrations post-opératoires sont donc *aiguës* ou *chroniques*, *totales* ou *partielles*, *précoces* ou *tardives*. Leurs causes sont étudiées dans les chapitres suivants ; elles sont déterminantes ou prédisposantes.

CHAPITRE II

Causes déterminantes.

Les causes déterminantes ou efficientes des éventrations post-opératoires s'appliquent indistinctement aux variétés aiguës ou chroniques. Nous les passons en revue dans l'ordre suivant :

I. — Défauts de technique.

L'éventration post-opératoire dépend souvent du malade, mais parfois aussi de la méthode employée dans la suture, et du chirurgien.

a) **La suture en masse** est à ce point de vue différemment jugée.

Winter, dans une statistique portant sur 1000 laparotomies pour lésions utéro-annexielles, donne un tiers de hernies post-opératoires ; il adopte la suture en étages et sur une nouvelle série de 212 opérations n'a plus que 12 éventrations (1).

Martin, sur 350 ovariectomies faites sur des malades qui ont été suivies et revues, note des cicatrices défectueuses dans 41 0/0 des cas, et sur ce nombre, la moitié avait des hernies. Par contre, sur 89 cas opérés depuis 1897, et dans lesquels,

(1) WINTER, *Soc. all. de gynécologie*.

on a fait la suture étagée, on ne trouve de hernies que dans 8,9 0/0 des cas (1).

En France, bon nombre de chirurgiens : Pozzi, Gérard-Marchant, Terrier, Quénu, Richelot, etc., pratiquent et recommandent la suture à étages.

D'autres au contraire : Ricard, Routier, Pierre Delbet, etc., préfèrent la suture en masse malgré la plus grande fréquence des éventrations consécutives.

On a reproché à la suture en un seul plan de rapprocher les tissus d'une façon inexacte.

Dupont, s'appuyant sur les expériences de Pierre Delbet, essaie de réfuter cette objection. D'après cet auteur « une série de coupes faites sur des sujets congelés, montre que les divers plans de chaque lèvre de la plaie sont partout en contact avec les plans correspondants de la lèvre opposée, et qu'ils s'adossent sur toute la longueur de la suture, particulièrement le plan fibreux » (2).

La suture en masse a de grands avantages. Elle supprime les espaces morts ; elle ne laisse dans la plaie aucun corps étranger, elle est rapide et donne souvent de très bonnes cicatrices. Il reste cependant contre elle ce fait indiscutable, qu'elle fait courir au malade de plus grandes chances d'éventration.

b) **Mauvaise suture du péritoine à distance des bords de section.** — Terrillon (3) a particulièrement insisté sur ce détail technique dans la fermeture de la paroi abdominale, et

(1) MARTIN, Les suites de l'ovariotomie. *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1897, n° 255.

(2) DUPONT, Thèse de Paris, 1893.

(3) TERRILLON, *Bull. de Thérap.*, 30 janvier, 30 février et 15 mars.

la faute peut être commise dans la suture en masse comme dans la suture étagée. Si l'aiguille passe loin de la tranche péritonéale, ou charge la séreuse sur une trop grande largeur, on obtient un adossement en forme d'angle à sommet cicatriciel dont l'ouverture est toute préparée pour recevoir la poussée intestinale.

Le péritoine est accolé comme deux doigts parallèles, au lieu d'être suturé comme deux doigts mis bout à bout.

c) **Suture de la paroi sans ouverture des gaines musculaires.**— L'éventration sépare les muscles droits ; l'opérateur doit donc créer une résistance solide, là où s'exerce le maximum de pression. Ce résultat est obtenu par la suture des muscles largement avivés.

Les expériences de la Torre faites sur deux groupes de six chiens chacun, sont intéressantes à ce point de vue.

1^{er} GROUPE. — *Suture en étages.* — Six chiens.

Sur la ligne blanche : 1 hernie après un mois = 5,5 0/0

En plein muscle : pas de hernie = 0 0/0

2^e GROUPE. — *Suture en masse.* — Six chiens.

Excision de la ligne blanche : 5 guérisons, 1 hernie = 20 0/0

En pleine aponévrose : 1 guérison, 5 éventrations = 99 0/0

Des expériences de ce genre avaient été faites dès 1894 par Cazin ; elles furent rapportées au congrès de Genève par Doleris. Sans doute la statique abdominale chez le chien n'est pas absolument identique à la nôtre. La cicatrice pour s'opposer à l'éventration peut avoir moins de solidité, surtout dans la région sous-ombilicale. Mais les animaux ont été sacrifiés au bout de 8 mois, et l'examen microscopique des cicatrices confirme pleinement les conclusions suivantes :

La suture en étage et en masse donne de bons résultats quand on la pratique en plein muscle.

La suture en masse donne de mauvais résultats quand on respecte l'aponévrose de la ligne blanche.

d) **Le surjet.** — La suture dite en surjet est rapide ; elle rapproche les tissus sans les meurtrir, mais ne convient qu'aux incisions courtes et parfaitement aseptiques.

Si la plaie est étendue, il est utile d'arrêter le surjet tous les cinq ou six centimètres, ou de passer des points séparés.

Si la tranche pariétale a été contaminée par du pus au cours de l'opération, il vaut mieux ne pas employer de surjet ; la suppuration suit le catgut ou la soie, et l'on court le risque d'une désunion complète de la paroi.

Enfin, si les muscles droits écartés (éventrations) viennent difficilement en contact, si la traction sur le fil déchire les fibres musculaires, on gagne à se servir de points isolés en prenant avec le muscle une petite portion de l'aponévrose antérieure.

Des fils d'argent profonds serrés de chaque côté sur des bourdonnets de gaze, forment une suture d'appui.

II. — Causes mécaniques.

Quel que soit le mode de fermeture de l'abdomen, il existe un certain nombre de causes mécaniques qui jouent un grand rôle dans l'étiologie des éventrations post-opératoires ; elles augmentent la tension abdominale et se résument en un mot : l'effort.

Au réveil, la malade est prise souvent de vomissements

du au chloroforme ou à l'éther. Si la suture n'est pas très solide et le bandage de flanelle fortement serré, on peut observer la désunion immédiate. Dans une de nos observations (obs. 3), la suture a cédé, la malade étant encore sur la table d'opération.

Les cris violents, les mouvements intempestifs de certaines malades qui, le second jour, essaient de s'asseoir sur leur lit, l'agitation causée par le délire, la fièvre, ou les crises nerveuses agissent dans le même sens.

La toux si fréquente chez les opérées vers le troisième ou le quatrième jour a été souvent notée dans les causes des éventrations aiguës ; d'après Chavannaz, sur 24 observations la rupture s'est produite six fois sous l'influence d'une crise de toux. Les efforts de défécation, le tympanisme, la station debout prématurée jouent le même rôle.

Enfin plus tard, ces causes mécaniques ont encore leur action ; bien des opérées voient leur éventration survenir à la suite de travaux pénibles, alors même qu'elles portaient des ceintures. Des malades savent quel jour et dans quelles circonstances la hernie s'est produite (obs. 10-19). Ce début brusque sous l'influence de l'effort, est exceptionnel dans les éventrations tardives ; il est fréquent au contraire dans les éventrations aiguës. Cet accident survient souvent vers le 8^e jour, c'est-à-dire au moment où l'on enlève les fils ; mais, à cette époque, les autres causes déterminantes ont eu le temps d'apparaître et la plaie dissociée par un hématome ou par la suppuration cède à la moindre pression.

III. — Les hématomes dans la suture.

Il est indispensable, pour avoir une bonne cicatrice, de faire une hémostase soignée de la paroi. Un certain nombre d'événturations aiguës et chroniques sont dues à des hématomes. Ceux-ci peuvent être sous-musculaires ou sous-cutanés.

Les hématomes profonds ont quelquefois le volume du poing. Le sang qui les constitue vient le plus souvent d'une artériole sur laquelle on aura mis une pince et pas de ligature ; parfois c'est un suintement en nappe. Il tombe des gouttes de sang de la face profonde du muscle, le péritoine se laisse refouler et l'hématome est constitué.

En avant du muscle l'épanchement sanguin a moins d'importance. Chez certains sujets, surtout quand il existe des adhérences du péritoine pariétal avec une lésion sous-jacente, la paroi est très vasculaire, et l'hémostase difficile ; le chirurgien compte sur la suture ; mais celle-ci ne suffit pas toujours, et la graisse qui double la peau sert d'espace mort à l'hématome superficiel. Si l'on a le moindre doute sur la possibilité d'une hémorrhagie, il ne faut pas hésiter à drainer pendant 48 heures.

L'hématome pré-musculaire forme sous la peau suturée une saillie molle, pseudo-fluctuante qui vers le 6^e jour prend une couleur violacée, à la façon des ecchymoses ; on enlève un ou deux points de suture, et le sang noirâtre, coagulé, sort par la brèche ainsi faite. Si la plaie reste aseptique, la peau se réunit par seconde intention ; la cicatrice peut

être solide, car le plan musculo-aponévrotique n'a pas été ouvert.

L'hématome sous-musculaire aseptique, s'il atteint le volume d'une noix seulement, peut être toléré. Le sang coagulé se résorbe, et laisse à sa place un point faible dans la cicatrice. Mais les gros hématomes disloquent la suture, déterminent de l'empâtement profond et s'éliminent par un trajet intermusculaire, chemin tout tracé pour l'éventration consécutive.

Le sang coagulé dans la suture ne constitue pas seulement un obstacle mécanique nuisible à la réunion immédiate ; il subit souvent la transformation purulente : l'hématome aseptique devient suppuré.

On sait avec quelle facilité les germes pathogènes se développent dans les collections sanguines et comment leur virulence s'accroît dans ce milieu de culture. Au cours d'une laparotomie l'apport microbien est presque inévitable ; d'autre part, rien ne protège l'hématome contre le microbe puisqu'il siège dans une cavité ouverte au milieu de tissus qui viennent d'être suturés. On comprend donc pourquoi les hématomes suppurent si facilement ; bon nombre d'abcès de la paroi n'ont pas d'autre origine.

IV. — L'infection.

Parmi les causes déterminantes des éventrations post-opératoires, l'infection de la paroi joue le plus grand rôle ; elle a comme conséquence la cicatrisation secondaire ; mais « les cicatrices vraiment puissantes, vraiment solides sont celles qui ont été faites par première intention » (1).

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Traité des hernies*.

Les aspects cliniques sous lesquels se présente l'infection pariétale sont très variés. Tantôt elle prend les allures d'un phlegmon diffus avec fièvre élevée, douleur aiguë, pongitive, insomnie. Au bout de 48 heures les points de suture sont cerclés de rouge et le plus souvent vers le 4^e jour, la plaie se désunit ; elle présente une teinte grisâtre et laisse suinter un liquide séro-purulent. Si l'intestin reste protégé par la sou- dure péritonéale, le malade échappe aux dangers de la péritonite septique.

Tantôt l'infection malgré sa virulence, se précise sous la forme d'un abcès chaud qui occupe toute la hauteur de l'incision, est sous-cutané ou sous-musculaire et s'ouvre au dehors vers le huitième ou dixième jour. Le pus qui s'écoule est épais, bien lié, souvent fétide.

Enfin, il existe des infections atténuées à marche torpide.

Ce sont des indurations profondes bien localisées qui, du vingtième au trentième jour, finissent par donner naissance à une série de petits abcès. Les sutures à la soie, quand elles sont mal tolérées, s'éliminent par ce mécanisme.

Variable dans sa forme clinique, la suppuration de la plaie relève de causes multiples ; et, à ce point de vue l'inoculation peut être primitive ou secondaire.

Primitive par une faute contre l'asepsie : mains de l'opérateur ou de ses aides, instruments, fils à ligature ou à suture, compresses ou tampons mal stérilisés ; primitive encore si au cours d'une opération septique (collection suppurée intra-pelvienne, péritonite, appendicite, etc.) le pus ou des mains contaminées viennent toucher la tranche pariétale.

Secondaire, quand l'infection est tardive, consécutive à un pansement, ou quand elle part d'un foyer voisin. Les tubes à

drainage et les Mickulicz servent souvent d'intermédiaires.

Parfois on observe au niveau des points de suture trop serrés une nécrose aseptique qui entraînera plus tard la suppuration.

L'éventration post-opératoire n'est pas le corollaire forcé de l'infection pariétale ; bien des malades ont vu leur plaie de laparotomie suppurer qui n'ont pas eu dans la suite d'éventration (Obs. I).

Sont graves et ordinairement suivis d'éventration : les phlegmons développés au niveau de la suture et qui envahissent toute l'épaisseur de la paroi, les abcès sous-musculaires volumineux qui désunissent le plan musculo-aponévrotique.

Sont bénignes et aboutissent moins souvent à l'éventration : les collections sous-cutanées, les suppurations tardives à virulence atténuée, qui préparent une porte de sortie aux fils légèrement infectés.

En résumé, les causes déterminantes des éventrations post-opératoires peuvent être groupées sous les quatre titres suivants : technique imparfaite, actions mécaniques, hématomes, infection.

CHAPITRE III

Causes prédisposantes.

Le degré de fréquence des éventrations post-opératoires varie avec les facteurs suivants qui agissent comme causes prédisposantes.

I. — Le siège de l'incision.

Celle-ci peut être médiane, latérale ou postérieure.

a) **L'incision médiane** siège au-dessus, ou au-dessous de l'ombilie. La hernie débute par un point faible de la cicatrice, et c'est le plus souvent à l'angle inférieur. Fasola attribue ce fait aux mouvements de la vessie qui gêne le processus de réparation. Glénard invoque la destruction du muscle pyramidal. Il nous semble plus simple d'admettre que la pression abdominale augmente à mesure qu'on se rapproche du pubis et que la cicatrice souvent affaiblie à ce niveau par le drainage se laisse distendre plus facilement.

b) **Les incisions latérales**, celle de l'appendicite en particulier, donnent une proportion d'éventrations plus élevée que l'incision médiane. Damaye (1), dans sa thèse, cite 2 éventrations sur 8 observations. Mais la restauration de la paroi ne se fait plus ici dans les mêmes conditions ; les fibres musculaires coupées en travers s'affrontent difficilement ;

(1) DAMAYE, Th. Paris, 1893.

elles ont une tendance naturelle à la rétraction ; d'autre part le drainage est presque constant.

c) **Les incisions postérieures**, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, au niveau de la loge rénale, se compliquent parfois de hernies plus ou moins volumineuses, mais qui n'exigent pas de traitement chirurgical.

II. — La longueur de l'incision.

Pendant quelques années, il a été de mode, en chirurgie abdominale, de faire d'emblée de grandes incisions. Les plaies aseptiques guérissaient par première intention, et les chirurgiens travaillaient au grand jour, vite et bien. On s'aperçut pourtant qu'il n'était pas indifférent d'avoir une cicatrice plus ou moins étendue. Mon maître Pozzi un des premiers, remit la question au point et montra les avantages des petites incisions. Avec celles, les chances d'infection diminuent et par suite, les causes d'éventration. Nous ne parlons pas du côté esthétique de la cicatrice qui, pour certaines femmes, a tant d'importance.

L'ouverture du ventre sera donc moyenne, 6 à 8 centimètres ; elle gardera ces dimensions dans bien des cas : salpingites catarrhales, ovaires scléro-kystiques, petits fibromes, kystéropexie abdominale etc., chaque fois en un mot que la lésion sera dure, peu volumineuse et non suppurée. Les kystes ovariens ponctionnés et sans adhérence peuvent être enlevés par une incision très petite.

Dans les conditions inverses : suppurations pelviennes, tumeurs volumineuses, hémostase difficile, il ne faut pas hésiter à prolonger l'incision vers l'ombilic. La protection de

l'intestin exige de la place. Des malades sont mortes de péritonite parce qu'une incision trop petite n'a pas permis à l'opérateur d'isoler la grande cavité péritonéale du petit bassin. Une bonne pratique consiste à placer trois champs dans l'angle supérieur de la plaie : un sur la ligne médiane qui s'appuie sur le promontoire, et les deux autres dans les flancs.

Si l'incision dépasse l'ombilic, il est préférable de la faire passer à gauche. Spencer Wells redoute la veine ombilicale qui se dirige à droite, en haut et en arrière, et n'est pas toujours oblitérée. Hegar et Kaltenbach signalent la minceur extrême de la paroi à ce niveau, ce qui a poussé Condamin à préconiser dans ces cas l'omphalectomie.

III. — Le drainage.

Quand un chirurgien hésite à fermer complètement le ventre il redoute deux choses : l'hémorragie ou l'infection ; le drainage pare à ces dangers. Le Mickulicz simple ou bourré de gaze aseptique exerce une certaine compression sur les surfaces cruentées ; il est hémostatique et draine par capillarité le sang comme le pus.

Parfois on laisse dans la plaie une mèche de gaze, et à côté d'elle un tube de caoutchouc plus ou moins gros.

Quelle que soit sa variété, le drainage au point de vue de l'éventration est un mal nécessaire. Comme les pédicules extra-péritonéaux, comme les poches kystiques marsupialisées, il empêche la réunion primitive et laisse un orifice qui sera comblé par granulation secondaire ; or le tissu ainsi formé est très souvent de mauvaise qualité et se laisse étirer

facilement. C'est pour remédier à cet inconvénient que Laroynne a proposé les fils d'attente, cherchant ainsi à obtenir une réunion secondaire par première intention, aussitôt le Mickulicz enlevé.

On a reproché au drainage de favoriser l'infection de la suture ; le contact de mèches imbibées de pus expose en effet les fils les plus rapprochés à la suppuration. D'autre part, il arrive qu'un drain mis dans une cavité aseptique sert de porte d'entrée à une infection exogène.

D'où l'utilité des détails techniques suivants :

1° Isoler par un crin profond la zone dangereuse du reste de la plaie.

2° Faire autour du drain ou des mèches un pansement spécial ; on évite ainsi la diffusion du liquide septique sur toute l'étendue de la suture.

IV. — L'état général.

Parmi les causes d'ordre général qui prédisposent à l'éventration les malades opérés, citons :

a) **L'adipose.** — Chez certains sujets le pannicule sous-cutané présente une épaisseur telle, que la graisse suinte au fond de la plaie, ou par les points de suture. Dans ces conditions, étant donné l'existence d'espaces morts, et le peu de vitalité des tissus, il n'est pas rare d'observer l'éviscération (obs. II) ou l'éventration tardive.

b) **La maigreur extrême.** — L'état cachectique de certaines malades amaigries par une suppuration prolongée, est aussi nuisible à la formation d'une bonne cicatrice que la surcharge graisseuse ; la peau amincie et ridée semble trop large ;

la tranche est pâle, décolorée, les muscles jaunâtres ; on fait une suture très soignée ; la réunion est insuffisante comme la nutrition générale et l'éventration apparaît (obs. XV).

c) **La distension de la paroi.** — Souvent, l'affaiblissement de la paroi est d'ordre mécanique ; la sangle abdominale est forcée par des grossesses multiples, par une tumeur volumineuse : fibrome, kyste ovarien ; par une ascite abondante, symptomatique d'un néoplasme malin. Dans ces cas, l'éventration est fréquente et ses causes évidentes : grande incision, mauvaise étoffe, terrain affaibli.

V. — L'hygiène post-opératoire.

Nous avons déjà signalé les causes mécaniques variées, qui peuvent brusquement déterminer l'éventration. La cicatrice a besoin d'un appui dans sa lutte contre la pression intra-abdominale, aussi faut-il exiger des opérées qu'elles portent une ceinture ; bien qu'on ait accusé le bandage de produire l'atrophie de la cicatrice, ses avantages ne sont plus à démontrer.

Telles sont les causes prédisposantes des éventrations post-opératoires.

CHAPITRE IV

Synthèse étiologique des observations.

La division que nous avons proposée des éventrations post-opératoires en deux groupes : éventrations aiguës et chroniques ; est surtout basée sur les différences cliniques et sur les indications du traitement. L'éviscération spontanée et l'éventration proprement dite résultent souvent des mêmes facteurs étiologiques ; elles n'ont pas de causes spéciales.

Sur un total de vingt observations toutes personnelles, sauf trois, nous avons rapporté 6 éventrations aiguës, 14 éventrations chroniques. Les causes, la date du début, la longueur des incisions ont été notées soigneusement. Elles sont résumées dans les deux tableaux suivants :

A) Eventrations aiguës.

Six observations.

CAUSES	OBSERVATIONS	DÉBUT	LONGUEUR DE L'INCISION
			centimètres
Infection	Obs. 1	6 ^e jour	12
	» 4	7 ^e »	10
Effort brusque	Obs. 3	immédiat	13
	» 5	8 ^e jour	13
Mauvais état général	Obs. 2	8 ^e jour	14
	» 6	11 ^e »	non indiquée

B) **Eventrations chroniques.**

14 observations.

CAUSES	OBSERVATIONS	DÉBUT	LONGUEUR DE L'INCISION
			centimètres
Début insidieux	Obs. 7 » 12	7 mois après un an après	8 10
Début brusque effort	Obs. 10 » 19	6 mois 3 »	9 14
Réunion secon- daire : infection	Obs. 8 » 9	2 mois 7 »	12 13
Réunion secon- daire : hématome	Obs. 20	4 mois	14
Réunion secon- daire : drainage	Obs. 11 » 13 » 14 » 16 » 17 » 18	6 ans 10 mois 8 » 9 » 4 » 5 »	9 16 9 13 11 9
Etat général : ascite	Obs. 15	3 mois	12

Les observations du premier groupe se répartissent de la même façon en face de causes d'inégale importance. Cela dépend du petit nombre des cas rapportés. Si l'on tient compte des cas publiés et surtout de ceux qui ne le sont pas, on voit que l'infection est la cause habituelle de l'éventration aiguë. Les causes mécaniques ou liées à l'état général du sujet passent au dernier plan.

Dans les observations du deuxième groupe la cicatrisation secondaire, quelle que soit sa cause : drainage, infection, hématome, etc., vient en première ligne ; puis loin derrière elle se placent l'effort lent ou brusque, et les troubles de la santé générale.

La date du début est très variable ; les chiffres du 1^{er} tableau varient de 0 à 11 jours ; ceux du second, de deux mois à 6 ans.

Enfin la longueur des incisions oscille dans tous les cas entre 8 et 16 centimètres.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des éventrations post-opératoires.

CHAPITRE PREMIER

Traitement préventif.

Le traitement préventif des éventrations post-opératoires a été indiqué chemin faisant, à la suite de leurs causes ; nous le résumons en quelques mots :

1° Réfection parfaite de la paroi abdominale, ce qui signifie : suture à trois plans, après ouverture des gaines musculaires ; surjet court, au catgut de préférence ; points profonds au fil d'argent comme suture d'appui.

2° Contre les causes mécaniques : Repos absolu, bandage fortement serré. Calmer les vomissements et la toux par les opiacés, combattre la constipation et le tympanisme par des lavements ou de légers purgatifs, éviter tout effort violent.

3° Hémostase rigoureuse, s'il existe dans la paroi un suintement en nappe, laisser un drain intermusculaire ou sous-cutané pendant 48 heures ; on évite ainsi les hématomes.

4° Réduire les chances d'infection au minimum ; les sup-

purations de la paroi par manque d'asepsie ne devraient plus exister.

5° Si l'incision coupe les fibres musculaires en travers (appendicite, section transversale des droits), la suture doit être d'autant plus soignée pour empêcher la rétraction.

L'incision sera aussi courte que possible ; nous avons précisé dans quelles conditions.

6° Le drainage favorise l'éventration ; dans bien des cas, l'incision du cul-de-sac postérieur, ou l'ablation de l'utérus suffisent à l'écoulement des liquides septiques ; la mèche de gaze, passée de haut en bas dans le vagin, supprime le Mickulicz et, par suite, un de ses gros inconvénients : la hernie ventrale. Si l'on ne craint pas la suppuration, on peut essayer la réunion immédiate secondaire. Laroyenne, qui préconise cette méthode, dit que les fils d'attente lui ont donné de bons résultats.

7° On surveillera l'état général des malades ; il faut être sobre d'opérations chez les femmes obèses, et attendre, pour opérer les femmes amaigries, qu'elles aient repris un peu d'embonpoint.

8° Le port d'une ceinture est indispensable au moins pendant une année.

CHAPITRE II

Traitement des éventrations aiguës.

La conduite à tenir en face d'une éventration aiguë varie avec les circonstances dans lesquelles cet accident s'est produit. Nous distinguons trois cas :

1^o La suture a cédé sous l'influence d'un effort brusque et violent : quinte de toux, vomissement, la plaie s'est ouverte et a laissé passer une ou plusieurs anses d'intestin sous le pansement. Que doit faire le chirurgien ? Etant donné l'absence de suppuration, et la protection parfaite des viscères herniés sous un pansement aseptique, il semble logique de les réduire immédiatement et de pratiquer une nouvelle suture. Si la malade peut supporter l'éther ou le chloroforme, l'anesthésie est indiquée, mais non indispensable. Un aide aura soin de maintenir la hernie tant que la résolution musculaire ne sera pas complète et le sommeil régulier.

La réduction s'obtient facilement si l'on songe à mettre la malade en position déclive et à soulever les lèvres de la plaie avec deux pinces tire-balle. La masse intestinale retombe sur le diaphragme et laisse entre elle et la paroi, un grand espace vide où l'on glisse une compresse chaude, humide, et suffisamment exprimée pour ne pas laisser couler de liquide dans le péritoine. On fait une nouvelle suture en masse ou à trois plans, selon que l'on veut aller plus ou moins vite. Le

ventre est fermé complètement, sans drainage. On n'oubliera pas que le grand épiploon est un organe phagocytaire de premier ordre qui doit être placé comme une barrière à l'infection possible, entre la paroi abdominale et le paquet intestinal. Il va sans dire que l'opérateur a pris le temps de se laver les mains, comme pour toute opération aseptique.

2° La plaie a suppuré ; la désunion de la paroi d'abord partielle, est devenue totale, à l'occasion du moindre effort et l'intestin se trouve en contact avec le foyer purulent. Ou bien, c'est une rupture de cicatrice très amincie ; mais les viscères ont été souillés : telle cette malade, citée par Reynier qui vint à l'hôpital d'Ivry avec l'intestin dans son tablier.

Enfin, cela peut être une désunion traumatique de la suture, avec issue intestinale hors du pansement.

Chavannaz cite une observation où le huitième jour l'intestin sort du bandage et séjourne deux heures sur les cuisses de la malade. Chez un malade de Roux (de Lausanne) des anses grêles se promenaient dans le lit « recouvertes de pommade, de poils, de mie de pain et de sel ».

Dans ces conditions, la réduction s'impose, mais après désinfection soignée de l'intestin hernié, la suture sera suivie de drainage.

Mêmes précautions que dans le cas précédent : anesthésie si possible, plan incliné, mains aseptiques.

Le lavage de l'intestin doit se faire hors du ventre, en attirant légèrement les anses, sur un des flancs ; il faut veiller à ce que les liquides employés ne pénètrent pas dans la cavité péritonéale, et pour cela, garnir le pédicule avec une série de compresses sèches. On emploiera indifféremment l'eau boriquée chaude, l'eau stérilisée, le sérum de Hayem à 39°.

Les solutions antiseptiques sont indiquées dans les cas de souillure extrême des viscères ; elles seront, si on les emploie, fort peu concentrées. Si les bords de la plaie sont couverts de pus, on promène la curette sur tous les points douteux qui seront ensuite touchés à l'eau phéniquée faible ou au chlorure de zinc.

Si l'éviscération résulte d'une rupture de cicatrice, l'excision du tissu cicatriciel précède la suture.

L'intestin et la tranche pariétale étant désinfectés, on pratique la réduction soit progressivement avec les doigts, soit en masse avec une grande compresse ; on procédera toujours avec la plus grande douceur pour éviter la syncope.

Le péritoine est suturé au catgut à points séparés, et l'épiploon attiré au niveau des fils, en contact avec une mèche de gaze simple ou faiblement iodoformée.

La peau et les plans musculo-aponévrotiques sont réunis en masse par des fils d'argent très espacés.

3° Il n'est pas toujours possible de réduire l'intestin ; il existe des éviscération méconnues. Une malade plus ou moins affaiblie par le traumatisme opératoire, sans le savoir, garde ses viscères dans son pansement, pendant plusieurs jours. Les adhérences sont déjà trop solides pour qu'il ne soit pas dangereux de les rompre. Parfois l'intestin est recouvert de bourgeons charnus. Dans ces cas, il faut se contenter de le protéger contre les traumatismes et l'infection, par un pansement aseptique, légèrement compressif. La guérison sera lente mais sûre. Nous empruntons au mémoire de Chavannaz le résumé d'une observation de M. Le Bec, où l'éventration aiguë guérit spontanément.

Il s'agit d'une fillette de 13 ans, qui, au cours d'une péritonite tuberculeuse, présente depuis 3 jours des signes d'étranglement interne ; laparotomie ; le péritoine est couvert de granulations ; ni brides, ni invagination ; suture au crin de Florence en un plan. Le huitième jour les fils sont défaits. La réunion paraît obtenue. Malgré cette apparence, M. Le Bec met par dessus un pansement iodoformé, et une large bande de diachylon. Le lendemain, la plaie s'est ouverte, à la partie supérieure ; le surlendemain, elle est ouverte dans toute sa hauteur. Une anse intestinale longue de 15 centimètres est sortie. Elle est lavée au sublimé, puis couverte de gaze iodoformée et d'un pansement compressif qui lutte avec peine contre les quintes de toux de la malade. Une mince pellicule cicatricielle partie des bords de la plaie monte peu à peu sur l'intestin et ferme la plaie en 10 semaines. A la sortie de l'hôpital, cicatrice blanche, très mince, ayant plus de 5 centimètres de large sur 10 centimètres de hauteur. Mort 17 mois après ; à l'autopsie, cicatrice mince comme une feuille de papier un peu fort mais tout à fait lisse. Pas d'adhérences de l'intestin, pas de bride, ni de fausses membranes.

Les six observations rapportées plus loin sont faciles à classer dans la série que nous venons d'indiquer.

Trois d'entre elles (obs. 2, 3 et 5) rentrent dans le premier groupe : suture en tissu sain, sans désinfection de l'intestin, ni drainage du péritoine. La guérison a été obtenue sans l'ombre d'une complication.

Dans l'observation 6, les anses intestinales herniées ont été lavées au sublimé et un Mickulicz intra-péritonéal placé dans la suture. Malgré l'état cachectique du malade, la réunion s'est maintenue.

Enfin dans les observations 1 et 4, on a essayé la suture en plein foyer suppuré. Dans un cas (obs. 1) la première tentative de réunion a eu pour résultat de ramener la couverture

péritonéale sur l'intestin. La seconde est restée négative, la cicatrisation s'étant faite par voie secondaire.

L'autre malade est morte de péritonite (obs. 4) ; la plaie avait été faiblement réunie, et drainée dans toute son étendue. Il ne semble pas que l'on doive attribuer la diffusion de l'infection péritonéale à cette intervention.

CHAPITRE III

Traitement des éventrations chroniques.

I. — Indications.

Avant de tenter chez une malade la cure radicale d'une éventration post-opératoire, le chirurgien doit poser les indications de cette intervention.

Un certain nombre de malades peuvent avantageusement s'en passer. Les éventrations petites et indolores des femmes qui n'ont pas besoin pour vivre de se livrer à des travaux pénibles, seront maintenues comme les hernies ordinaires, par un bandage bien appliqué. On tiendra compte de l'état général. Chez les sujets obèses ou cachectiques, chez ceux dont la santé est profondément altérée par une tare organique : diabète, albuminurie, cardiopathies, emphysème, on doit s'attendre souvent à de mauvais résultats et l'on s'expose à de cruelles déceptions.

En revanche, il existe des indications très nettes qui poussent les malades à demander une opération et le chirurgien à la pratiquer.

Par le volume excessif qu'elles peuvent acquérir, certaines éventrations constituent une infirmité telle, que la moindre vie active devient impossible (obs. 9, 13, 17, 19) ; de plus, il s'agit souvent de femmes pauvres qui sont obligées de travailler. Cette considération ne laisse pas d'exercer une grande influence sur la décision que peut prendre l'opérateur.

Parfois, la hernie ventrale, bien que peu volumineuse, est le siège de douleurs fréquentes péri-ombilicales ou lombaires, et dues sans doute aux tiraillements que subissent les adhérences épiploïques et intestinales (obs. 7, 8, 11). Ces éventrations doivent être opérées parce que douloureuses ; mais les cas de ce genre, sont l'exception.

L'étranglement, quand il se produit, constitue une indication opératoire urgente. Nous reviendrons plus loin sur cette complication.

Enfin, les ceintures employées comme traitement palliatif ne sont pas toujours bien supportées ; elles sont souvent mal faites, et laissent glisser l'intestin au-dessous d'elles. La plupart appuient sur le haut du ventre et abaissent la hernie au lieu de la soutenir ; l'insuffisance ou l'inutilité du bandage est encore une indication (obs. 12).

II. — Principes généraux du traitement.

Quelle que soit la méthode employée, nous posons en principe que dans toute cure radicale d'éventration post-opératoire, le chirurgien doit, pour obtenir un bon résultat, observer les règles suivantes :

a) Protéger soigneusement l'intestin à mesure que l'on pratique l'excision du sac et suturer le péritoine immédiatement — tous les laparotomistes connaissent les dangers de l'ouverture large du ventre, surtout au-dessus de l'ombilic. La péritonite était si fréquente à la suite de ces interventions que l'on a essayé de refaire la paroi, sans ouvrir la séreuse. Différents procédés sont nés de cette crainte salubre. Celui

de mon excellent maître Quénu restera comme le modèle du genre.

b) Après libération complète des parties molles qui formeront un plan superficiel net et mobile, rechercher les grands droits de l'abdomen, fendre largement les gaines, sur leur bord interne, et suturer les deux muscles l'un à l'autre.

c) Ne pas drainer la cavité péritonéale ; sinon, l'éventration récidive ; il est prudent au contraire de laisser un petit drain sous la peau, quelquefois entre les muscles, pour éviter les épanchements séreux ou sanguins.

d) Si l'on emploie la suture étagée, arrêter fréquemment le surjet, ou mieux se servir de points séparés au catgut. Renforcer cette suture par des fils d'argent profonds serrés sur des bourdonnets de gaze, et qu'on enlèvera vers le 10^e jour.

III. — Procédés opératoires.

Les procédés employés dans la cure radicale des éventrations post-opératoires peuvent être groupés dans l'une ou l'autre des trois méthodes suivantes : ces méthodes portent les noms de Simon (de Heidelberg), de Chrobak et de Maydl.

a) **Méthode de Simon.** — Nous empruntons au mémoire de Goullioud (1) la description de ce procédé. « Simon après avoir réduit l'intestin hernié, déprime la peau vers la cavité abdominale ; il fait alors une incision circulaire qui pénètre jusqu'aux couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané,

(1) GOULLIOUD, *Archives de Toc. et de Gynéc.*, 1892, p. 618.

de façon à avoir un avivement de 2 centimètres de large. Les surfaces d'avivement se réunissent en haut et en bas à angle aigu. On réunit tout d'abord par une suture superficielle les bords internes et postérieurs de la plaie, et les fils sont noués du côté de la cavité abdominale. On ferme ainsi le cul-de-sac cutané formé par l'invagination de la hernie ventrale. Puis, on place une série de sutures plus superficielles et demi-profondes pour rapprocher le reste de la surface avivée. On place un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie afin de permettre l'élimination des produits sécrétés par la plaie et par la peau, et qui s'accumuleraient dans l'espace situé en arrière de la suture ».

Hegar, Maas, Balandin ont publié des cas de guérison par cette méthode. Elle est maintenant tombée dans l'oubli. Jaboulay a essayé de l'appliquer, en la modifiant, aux éventrations avec adhérences intestinales ; mais cette tentative n'a pas été imitée (1).

b) **Méthode de Chrobak.** — Elle a pour but de restaurer la paroi sans ouvrir le péritoine. Tous les chirurgiens qui la suivent sont d'accord sur ce point. Mais les divergences commencent dès qu'il s'agit du mode de suture à employer.

CHROBAK dissèque la peau qu'il sépare du péritoine et suture, sur le sac refoulé, les bords internes des gaines non ouvertes. Suture profonde de soutènement ; suture superficielle de la peau ; drainage aux deux extrémités de la plaie.

GOULLIoud ouvre les bords internes des gaines et les réunit par deux plans de sutures sans se préoccuper des muscles.

(1) JABOULAY, in BONAVITA, Thèse de Lyon, 1895.

QUÉNU dans son procédé opère de la façon suivante :

a) Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et dissection des deux lambeaux.

b) Recherche, puis ouverture de la gaine des droits.

c) Suture en surjet des deux lèvres internes de la gaine ouverte, en faufilant le plan fibro-séreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine.

d) Suture des deux muscles droits, décollés de leur gaine et amenés au contact. Utiliser pour cette suture les intersections tendineuses, notamment une constante à la hauteur de la cicatrice ombilicale.

e) Suture en surjet des lèvres externes de la gaine des droits.

f) Suture des plans cutanés.

Ce procédé que j'ai vu employer par mon maître Quénu, alors que j'étais externe dans son service, donne d'excellents résultats. Il a été adopté par mon maître et ami Gérard-Marchant qui lui doit de très beaux succès (obs. 49).

FAURE (J.-L.) a publié en février 1898 (1) un procédé très ingénieux de cure radicale ; il consiste à réunir les deux grands droits et leurs gaines par un surjet fait avec une lanière aponevrotique taillée aux dépens de ces gaines. Les avantages de ce procédé sont ainsi résumés par l'auteur : « c'est une suture souple et plastique, une suture vivante qui fait bientôt corps avec les parties qu'elle est destinée à unir et qui les solidarise les unes aux autres mieux que n'importe quelle soie, exposée d'ailleurs à s'éliminer et à nécessiter des interventions ultérieures insignifiantes, mais insupportables. » Sa

(1) FAURE, *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 17 février 1898, n° 14.

malade est sortie de l'hôpital le 24 octobre 1897 ; elle a été revue au commencement de janvier. Le résultat s'est maintenu parfait. L'impulsion est nulle et la paroi solide.

La cure radicale des éventrations par la méthode extra-péritonéale est donc une bonne opération ; elle est facile à exécuter, peu dangereuse ; elle permet la reconstitution intégrale de la paroi, surtout avec le procédé de Quénu ; elle est indiquée dans les éventrations avec adhérences étendues et dans les cas où la résection large du péritoine rendrait impossible la réduction de l'intestin.

c) **Méthode de Maydl : Résection du sac — Suture étagée.**
— MAYDL, assistant du professeur Albert (de Vienne) publia son procédé en 1886 (1). Après avoir excisé une portion du sac herniaire à l'aide d'une incision elliptique intéressant toute son épaisseur, il ouvre la cavité péritonéale et refoule l'intestin. Puis, il dispose les plans de suture de la façon suivante : péritoine, lèvres postérieures des surfaces de section des droits, corps musculaires et lèvres antérieures des surfaces de section, peau. Entre le premier et le deuxième plan de sutures, Maydl place un tube à drainage. Ce procédé a été adopté par la plupart des chirurgiens, les modifications qu'on lui a fait subir portent sur les détails de la suture cutanée, ou du plan musculo-aponévrotique.

CONDAMIN (de Lyon) a décrit longuement au *Congrès de Genève* (1896) un procédé de suture « en lacet de corset ». Ce procédé conviendrait surtout aux grosses éventrations avec pertes de substance étendues. Il permet l'affrontement dans les cas difficiles, sans blesser l'intestin ni déchirer les muscles.

(1) MAYDL, *Wiener-med. Presse*, 1886, n° 40.

La suture en étages présente un grand nombre de variétés suivant que l'on multiplie ou réduit le nombre des plans, suivant que l'on suture les muscles après avivement ou simplement l'aponévrose. Fauvel dans sa thèse (1) cite les sutures de La Torre, Wylie, Ott, Schede, Pryor. Ces variétés n'ont pas grande importance. Il suffit pour avoir une bonne cicatrice, de s'en tenir aux principes généraux que nous avons indiqués.

Cure radicale des éventrations post-opératoires. — Technique.

Nous avons eu l'occasion d'opérer plusieurs éventrations, avec notre maître Pozzi ou notre excellent ami Jayle, son assistant.

Qu'il nous soit permis de mettre en relief quelques détails auxquels nous attachons une grande importance. L'opération comporte les temps suivants qui ont été du reste fort bien indiqués par Condamin.

a) Cerner la cicatrice par une incision elliptique, n'intéressant que la peau et la couche sous-cutanée ; disséquer le lambeau du côté gauche, en se rapprochant du rebord fibreux qui forme le collet du sac.

b) Ouvrir le péritoine très en dehors, à condition pourtant que la réunion paraisse possible, après excision du sac. Grâce à cette boutonnière péritonéale excentrique, on évite le plus souvent de tomber sur un point adhérent à l'intestin.

(1) FAUVEL, *De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie*, Th. Paris, 1898.

c) Sur le doigt placé comme guide, prolonger avec des ciseaux courbes, la section du péritoine, sur toute l'étendue du bord gauche.

d) A ce moment, placer la malade en position déclive et glisser sur l'intestin une large compresse humide et chaude.

e) Renverser en dehors les parois de l'éventration pour avoir sous les yeux la face interne du sac.

f) Libérer les adhérences, et à mesure que le champ opératoire s'élargit, glisser la compresse sur la zone découverte. Les adhérences épiploïques sont détachées avec le doigt ou sectionnées sur des pinces, et liées au catgut (obs. 12, 16, 17, etc.). Chaque pédicule épiploïque adhérent et libéré doit être lié de suite. Il arrive qu'on laisse retomber dans l'abdomen des franges épiploïques qui saignent lentement et qui au moment de la fermeture du ventre passent inaperçues. Les adhérences intestinales sont fortes ou faibles : celles-ci cèdent, sous la pression du doigt, mais cette manœuvre est dangereuse ; elle peut causer la perforation. Si les adhérences sont trop solides, il est préférable « de les sculpter avec des ciseaux courbes ou le bistouri, dans les couches profondes du sac ». L'hémostase des surfaces cruentées sera assurée par le thermocautère ou quelques points de suture superficiels (obs. 7, 8, 9, 10, 11, 14). Parfois on trouve des adhérences utérines (obs. 9) ou salpingiennes (obs. 18). On les détache comme celles de l'intestin. Aussitôt le sac libre de toute adhérence, faire de haut en bas la section du péritoine en suivant le bord droit.

Cette incision symétrique à la première, supprime la paroi du sac.

h) Mais pendant que le chirurgien excise le côté droit du

lambeau, l'aide ferme provisoirement la cavité péritonéale avec deux ou trois pinces tire-balle ; la compresse reste en place, et sort à l'angle inférieur de la plaie.

i) Le péritoine est suturé de haut en bas et les pinces enlevées progressivement à mesure que chemine le surjet. On aura soin autant que possible de ramener le tablier épiploïque sous la suture. Le but constant de l'opérateur est donc la protection de l'intestin.

j) La restauration de la paroi est plus ou moins difficile selon que les muscles droits sont plus ou moins écartés de la ligne médiane. Ces muscles sont découverts et leurs gaines fendues sur le bord interne. Ici on emploiera avec grand avantage le procédé de Quénu. Mon maître Pozzi prend dans un surjet au catgut, les muscles largement avivés et leur aponévrose antérieure. Parfois il fait un second surjet aponévrotique.

Avant de rapprocher les muscles et leurs aponévroses, il est prudent de passer des fils d'argent profonds. Ces fils seront doubles, sous-musculaires et extra-péritonéaux ; deux ou trois suffisent pour une éventration du volume des deux poings. Après la suture intradermique de la peau, on les serre modérément sur des bourdonnets de gaze aseptique. Cette suture d'appui ne sera pas enlevée avant le dixième jour.

IV. — Difficultés opératoires.

Ainsi comprise et pratiquée, la cure des éventrations chroniques, a sur la méthode extra-péritonéale, l'avantage de supprimer le sac ; les adhérences sont détruites et le danger

de l'étranglement interne conjuré. Mais il n'est pas toujours possible de mener cette opération d'une façon aussi régulière et le chirurgien doit s'attendre, comme dans toute laparotomie itérative, à des surprises souvent fort désagréables.

Dans une de nos observations (obs. 7), il existait au niveau du collet du sac une couronne d'adhérences tellement serrées qu'il a fallu renoncer à les détacher. L'ouverture du péritoine, bien qu'inutile, n'a pas eu de conséquences fâcheuses, la malade a guéri.

Parfois, on trouve à l'intérieur du sac de gros paquets épiplœiques soudés intimement à la séreuse. Dans ces cas il est préférable de faire des ligatures en chaîne assez loin de la zone adhérente (obs. 12).

Les perforations ou les déchirures partielles de l'intestin sont des fautes communes (obs. 8 et 10), que n'évitent pas toujours les opérateurs les plus habiles et les plus attentifs. On ouvrira le sac avec une extrême prudence, loin de la cicatrice, mais sans crainte, si l'on a vu glisser sous la séreuse une anse intestinale. Le décollement des adhérences exige une grande légèreté de main et de bistouri ; il faut se garder de tirer fortement sur l'intestin.

Quand les muscles droits sont très écartés de la ligne médiane, et d'une friabilité excessive, la réfection de la paroi devient fort difficile, quelquefois impossible. Le tissu musculaire ne résiste pas à la traction ; il se déchire ou se coupe. A ce moment, pour rendre à la paroi sa souplesse, la malade sera placée en position horizontale, et l'on chargera sur l'aiguille, en même temps que les muscles, les aponévroses antérieures. Dans ces cas, l'affrontement est imparfait, et la récurrence fréquente. Il ne faut pas incriminer la méthode em-

ployée, et se rappeler qu'il est des éventrations qui ne guérissent par aucun procédé.

V. — Hernies ventrales étranglées.

L'étranglement de l'intestin dans les hernies de cicatrice, n'est pas une complication exceptionnelle. Reignier dans sa thèse (1) en cite plusieurs observations. Sans doute, le collet du sac est large et les chances d'occlusion aiguë moins nombreuses que dans les hernies ordinaires. Mais, si l'on tient compte de la fréquence et du grand nombre des adhérences épiploïques ou intestinales, si l'on songe aux dispositions anatomiques spéciales de certaines éventrations : sacs bilobés, cloisonnés, diverticulaires (obs. 12, 16, 17), on comprend qu'une anse grêle puisse s'engager dans un de ces orifices anormaux et s'y étrangler.

Le traitement des éventrations compliquées d'étranglement interne varie avec l'état de l'intestin. On suivra, à ce propos, la même ligne de conduite que dans les hernies inguinales étranglées : Réduction et cure radicale si la paroi intestinale est vivante, et la malade en état de supporter le traumatisme opératoire ; débridement, anus artificiel, ou résection et drainage dans les cas inverses.

(1) REIGNIER, Th. Paris, 1879.

OBSERVATIONS

OBS. I (en collaboration avec JAYLE, assistant du service).

Éventration aiguë post-opératoire. — Désunion le 6^e jour. — Seconde suture négative. — Hématome intra-pariétal aseptique et ictère. — Guérison.

Rachel E..., 23 ans, vendeuse, entre le 22 mai 1900, salle Huguier, lit n° 11, à l'hôpital Broca, dans le service de mon maître Pozzi.

Antécédents. — Pas d'accouchements, ni de fausses couches.

Blennorrhagie aiguë il y a 3 ans.

Réglée à 13 ans.

Avant l'infection gonococcique les règles étaient à peine douloureuses, régulières, abondantes, et duraient trois ou quatre jours.

Depuis, elles sont douloureuses, régulières, mais avec un peu d'avance ; plus abondantes, avec caillots et durent de cinq à six jours.

Pertes blanches, verdâtres par instant, depuis 3 ans.

Les phénomènes douloureux débutent en décembre 1897, par une crise très forte qui nécessite un repos au lit de 3 mois. Irradiations vers l'hypogastre, les reins et les cuisses. Seconde poussée en juillet 1898. Troisième en mai 1900.

La malade entre à l'hôpital et l'on constate, dès son entrée, des signes évidents de pelvipéritonite aiguë avec fièvre. Utérus douloureux à la pression, immobilisé dans un tissu œdémateux qui double les culs-de-sac vaginaux et se fusionne, à gauche, sous forme d'une tumeur diffuse avec les annexes du même côté. On relève en outre des signes d'insuffisance ovarienne : bouffées de chaleur à la tête, depuis deux ans, modifications du caractère, irritation nerveuse.

Ces symptômes font porter le diagnostic suivant : salpingo-ovarite

double avec péri-salpingite. Maximum des lésions à gauche. Métrite chronique.

Opération, le 28 mai 1900. — Après anesthésie au chloroforme, et soins préliminaires, la malade est placée sur le plan incliné. Incision de 12 centimètres.

On voit l'épiploon, épaissi, rougeâtre, adhérent à l'utérus. Après dissection de ces adhérences, on protège le ventre avec des champs humides et chauds. Avec une main introduite dans le petit bassin, l'opérateur essaie de détacher les annexes du côté droit, il trouve d'abord plusieurs poches kystiques, ayant le volume d'une petite orange, à contenu clair, et développées dans le ligament large, autour d'une trompe kystique et suppurée. Celle-ci est attirée dans l'incision et sectionnée sur un clamp, près du pédicule utérin.

A gauche, l'S iliaque adhère solidement à une poche suppurée du volume des deux poings, dissection prudente et ablation des annexes après ponction. Pour assurer le drainage, et aussi, à cause de l'étendue des délabrements produits, on enlève l'utérus. Hémostase aussi complète que possible ; un suintement sanguin persiste au niveau des surfaces d'adhérence. On passe de haut en bas dans le vagin, une grande mèche de gaze stérilisée accompagnée d'un drain. Mickulicz bourré de mèches de gaze avec un drain, dans le fond du bassin.

Suture étagée de la paroi ; deux fils d'argent profonds. L'opération a duré 2 h. 1/2.

Suites opératoires. — Le 29 au soir pansement imbibé de sang ; on laisse le Mickulicz en place, mais on change les compresses qui recouvrent la suture abdominale. La malade a passé une nuit très agitée ; il est difficile de la maintenir au lit : elle se plaint de violentes douleurs dans le ventre. On fait une injection sous-cutanée de 1000 gr. de sérum et de un centigramme de morphine.

30. — Nouveau pansement ; les compresses de la veille sont imbibées de liquide rosé ; le pouls bat 120 ; la température du soir est de 38°.

1^{er} juin. — La malade présente une teinte subictérique qui d'ailleurs augmente régulièrement les jours suivants ; nouvelle injection de sérum (500 gr.).

2. — Rougeur au niveau de la plaie. Le surjet au catgut laisse voir déjà quelques points désunis, d'aspect grisâtre ; la réunion est manquée ; la paroi infectée, se désunit peu à peu.

6. — Le soir, on trouve les anses intestinales au ras de la peau, sous les compresses. On essaie de les réduire au moyen de compresses roulées sur la plaie et maintenues par le pansement.

7. — L'intestin est toujours visible, au fond de la plaie ; l'état général de la malade, autorisant cette tentative, on fait une nouvelle suture.

Suture sous chloroforme. — Après désinfection de la tranche cutanée et des muscles, on trouve les anses intestinales sous-jacentes rouges, distendues et parsemées de fausses membranes ; il existe un foyer très net de péritonite suppurée dans la zone sous-ombilicale. Le péritoine est suturé par un surjet au catgut ; les muscles, par des points isolés, et la peau avec des crins de Florence. Drainage intrapéritonéal.

8. — 500 grammes de sérum ; nouveau pansement de la plaie. Pouls 118, température 38°6, vomissements bilieux dans la nuit.

11. — *Nouvelle désunion de la suture* ; les muscles sont écartés, mais l'intestin reste protégé par le péritoine ; on panse à plat et la cicatrisation se fait par seconde intention.

12. — La température du soir est de 38°8, le pouls rapide : 127. La peau est franchement ictérique. On constate sur les membres inférieurs autour des malléoles, un œdème blanc, mou, qui, les jours suivants, atteint le niveau du mollet. L'état général du malade devient mauvais ; la langue, blanchâtre.

14. — L'examen attentif du ventre, fait découvrir dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite, et l'hypochondre du même côté, un empâtement qui semble profond, et se perçoit sur une surface égale en largeur à la paume de la main.

La malade a, du reste, toujours accusé à ce niveau un maximum de douleur depuis l'opération. Mais, l'existence d'une péritonite partielle, l'infection de la plaie abdominale, semblaient être des raisons suffisantes pour expliquer l'ictère et les phénomènes douloureux.

19.— *Incision sous chloroforme* de ce foyer que l'on croyait profond et suppuré.

On tombe dans une cavité située dans la paroi au niveau du bord externe du muscle grand droit du côté droit. Cette cavité renferme environ 450 grammes de sang noirâtre, visqueux, sans odeur. Le muscle droit présente une entaille transversale comme s'il avait été coupé par un des fils d'argent profonds. Le sang de cet hématome intrapariétal a été cultivé et examiné au microscope par mon collègue et ami Laubry.

Examen bactériologique du sang. — Deux pipettes n^{os} 1 et 2 de sang recueilli aseptiquement ont étéensemencées respectivement sur deux tubes de gélose peptonisée. Deux de ces tubesensemencés avec la pipette n^o 1 sont demeurés stériles.

Les deux autres ont présenté au bout de 36 heures des colonies en gouttes de bougie, porcelanées, rapidement confluentes, offrant tous les caractères des cultures de staphylocoque blanc. Les réensemencements sur gélatine et bouillon permettent de conclure à la présence du staphylocoque seul provenant selon toute probabilité d'une infection secondaire banale. En résumé le sang examiné paraît stérile.

Examen microscopique, 25 juin. — 1^o A l'examen de sang frais dans la cellule à rigole, on constate que les piles d'hématies circonscrivent des lacs plasmatiques avec réticulum fibrineux assez prononcé au sein desquels nagent des hémato blastses en nombre normal, et des globules blancs plus nombreux qu'à l'ordinaire (8 à 10 dans le champ de la préparation).

2^o La numération pratiquée d'après la méthode Hayem donne les résultats suivants :

$$R = 4.030.000 ;$$

$$B = 25.000 ;$$

soit un rapport de 1/160 au lieu du rapport 1/1000 normal, c'est-à-dire une légère anémie avec leucocytose exagérée.

3^o L'examen extemporané de sang sec montre la déformation légère de quelques hématies, sans qu'il soit permis de conclure à des altérations réelles. L'examen de sang sec, après fixation à l'acide osmique

et coloration à l'hématoxyline éosine ne montre aucune modification sensible dans les différents types de globules blancs.

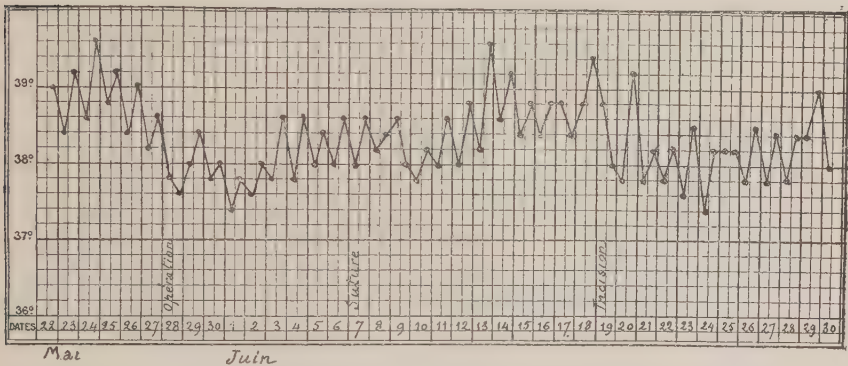
En résumé, le sang de la malade présente les caractères du sang d'une phlegmasie locale avec suppuration prolongée.

Il est probable que cet hématome qui est resté aseptique, tout près d'un foyer purulent, s'est développé lentement à la suite de la première intervention.

La section accidentelle du muscle, a donné naissance à une hémorragie, puis à un décollement dans la paroi.

Peut-être aussi, faut-il accorder une certaine importance à cette collection sanguine dans la pathogénie de l'ictère observé chez cette malade et la marche de la température.

Nous reproduisons ci-dessous la courbe thermique du 22 mai au 30 juin. L'évacuation du sang a été suivie presque aussitôt d'une chute



d'un degré. L'examen des urines, malgré la teinte foncée et franchement ictérique des téguments, a montré l'absence complète des acides et des pigments biliaires.

En revanche, on y trouve une forte proportion d'urobiline et un peu d'albumine ; 0 gr. 16 centigrammes par litre.

A partir du 21 juin, la malade sort de cette période de complications post-opératoires. La plaie abdominale et la cavité pariétale sont pansées à plat et se cicatrisent lentement par seconde intention. Pendant un mois encore, la température oscille entre 37°5 et 38°6. Mais l'ictère

pâlit, les urines augmentent, l'œdème des jambes diminue. La convalescence se produit sans incidents, et la malade sort le 8 août 1900 avec toutes les apparences de la santé.

Nous l'avons revue le 14 janvier 1901. Etat général excellent. A signaler cependant quelques troubles digestifs, mais sans amaigrissement consécutif, au contraire, la malade a engraisé. Quelques troubles nerveux : tristesse continuelle, mémoire un peu affaiblie ; bouffées de chaleur dans la tête. Caractère irascible.

Les cicatrices de la paroi abdominale malgré la réunion secondaire, sont solides.

Il n'y a pas d'éventration. Le toucher nous a montré qu'il n'est resté aucune induration dans les culs-de-sac vaginaux.

OBS. II (personnelle).

Eventration consécutive à une hystérectomie abdominale totale. — 2 cures radicales suivies d'éventration aiguë. — Sac diverticulaire. — Guérison.

Henriette P..., femme R..., 44 ans, entre à l'hôpital Broca le 29 janvier 1898, salle Huguier, lit n° 4.

Antécédents. — Cette malade subit une première laparotomie en mars 1896 pour gros fibrome utérin. On pratique l'hystérectomie abdominale totale. 4 mois après cette intervention, la paroi abdominale distendue et affaiblie, cède au niveau de la cicatrice qui mesure 14 centimètres et l'éventration apparaît.

Seconde laparotomie pour éventration le 9 février 1898. Méthode ordinaire. Incision elliptique. Ouverture du sac en bas et à gauche. Section du bord gauche, suivant l'incision cutanée, sur le doigt, avec des ciseaux courbes.

Le lambeau est soulevé et rabattu sur son bord droit, l'intestin protégé par une compresse. On constate des adhérences intestinales faibles, qui se détachent avec le doigt, sans éraillure de l'intestin ; des adhérences épiploïques multiples qui sont réséquées.

Le sac présente en outre une disposition particulière. Il existe 4 à 5 diverticules en doigts de gant, qui s'enfoncent à pic, dans la peau

amincie. Section du bord droit. Suture du péritoine par un double surjet au catgut. Suture musculaire après ouverture des gaines. Surjet aponévrotique et cutané. 3 fils profonds. Drain sous la peau.

L'opération a duré 1 h. 1/4. Elle a été rendue laborieuse, par l'épaisseur considérable du pannicule adipeux en dehors de la cicatrice.

Le 10 février, au soir, on renouvelle les compresses aseptiques, qui protègent la suture ; le pansement est imbibé de sérosité rosée et l'on voit sourdre des gouttelettes huileuses par les points profonds.

12. — Nouveau pansement ; la plaie n'est pas infectée, et semble devoir se cicatriser, l'état général de la malade est excellent.

On enlève les fils profonds le 7^e jour ; et le 8^e, à l'occasion d'une petite quinte de toux, la paroi se désunit spontanément ; les anses intestinales sortent sous le pansement.

La malade est aussitôt portée à la salle d'opération et endormie au chloroforme. Les anses intestinales ne présentent pas la moindre trace de péritonite ; elles sont réduites en position déclive ; le péritoine est repéré et suturé de nouveau à points séparés. On en fait autant sur les muscles, l'aponévrose et la peau, après avoir avivé les surfaces d'accolement. On laisse un drain à l'angle inférieur dans un petit interstice musculaire ; points profonds. Ceux-ci sont enlevés le 12^e jour ; la réunion s'est faite sans complications et la guérison s'est maintenue pendant 6 mois.

En octobre 1898, à la suite de travaux pénibles, l'éventration reparait. La malade qui habitait la campagne, revient à Paris et est opérée dans une maison de santé, rue d'Armaillé, en février 1899.

Troisième laparotomie. — On se trouve en présence des mêmes difficultés opératoires, couche graisseuse de 8 à 10 centimètres d'épaisseur. Une anse d'intestin tient solidement au péritoine du sac, sur une longueur d'un doigt. On l'isole, en laissant à sa surface trois plaques de tissu fibreux saignant que l'on touche au thermocautère. Résection partielle du sac et restauration de la paroi, comme précédemment. La ligne de suture mesurait 22 centimètres.

Le 10^e jour, les fils profonds sont enlevés ; la suture cutanée laisse voir encore quelques débris du surjet de catgut. Vers 8 heures du soir, la malade se plaint de son pansement ; elle éprouve quelques

douleurs accompagnées de coliques ; la garde soulève un peu les compresses et voit les anses intestinales entre les lèvres de la plaie désunie.

A 10 heures, chloroforme ; nouvelle suture à 3 plans ; 5 fils d'appui : drainage de la paroi à la gaze iodoformée.

La malade n'a présenté aucun signe de péritonite ; la mèche iodoformée a été retirée le 4^e jour, et les fils profonds enlevés le 13^e. Depuis, la cicatrice est solide, l'éventration ne s'est pas encore reproduite.

Obs. III (personnelle).

Cure radicale d'éventration post-opératoire. — Désunion immédiate. — Seconde suture. — Guérison.

Victorine V..., V^{ve} B., 58 ans, journalière, entre à l'hôpital Broca, le 25 octobre 1899, salle A. Guérin, lit n° 8.

Antécédents. — Opérée à Tenon en juillet 1896, pour fibrome de l'utérus ; incision de 15 centimètres ; suppuration de la paroi au niveau d'un fil profond, désunion incomplète le 6^e jour. La cicatrisation se fait par seconde intention, mais la paroi manque de résistance et l'éventration se produit, lente et progressive au mois de novembre.

Génée par le volume de sa hernie, et par des douleurs continuelles au niveau de la région ombilicale, la malade se décide à demander une seconde intervention.

Opération, le 4 novembre 1899. — Cure radicale d'éventration par le procédé habituel. Le péritoine est ouvert en bas et à gauche de l'incision cutanée ; les adhérences épiploïques sont réséquées après ligature, et le sac excisé avec sa doublure cutanée.

Le péritoine est fermé par un surjet. Les muscles droits sont très éloignés de la ligne médiane ; ils sont minces, pâles, se déchirent à la moindre traction. On fait des points séparés au catgut, en chargeant sur l'aiguille le muscle et une partie de l'aponévrose antérieure. On arrive ainsi à reconstituer la paroi. Un surjet de renfort est fait sur la gaine antérieure des droits ; la peau est suturée au catgut ; deux points profonds, sous-musculaires, consolident la suture.

Pendant le pansement, et avant que le bandage de corps ne soit serré la malade vomit brusquement ; elle fait des efforts violents et l'on entend à distance les fils de catgut se rompre successivement ; les muscles se séparent dans l'intervalle des fils d'argent, et une saillie du volume d'un œuf apparaît sous la peau.

On donne de nouveau le chloroforme à la malade, et, après avoir enlevé le surjet cutané et les fils profonds, on voit l'intestin entre les muscles ; la suture du péritoine n'existait plus.

On refait la paroi avec des points séparés sur quatre plans : péritoine, muscles, aponévrose antérieure, peau, et l'on met quatre fils profonds au lieu de deux. Un petit drain est laissé dans l'angle inférieur de l'incision. La cicatrice mesurait après la suture 18 centimètres.

Suites. — Malgré la durée du chloroforme : deux heures, la malade guérit sans la moindre complication. Les fils profonds ont été enlevés le 10^e jour. La malade est sortie le 5 janvier 1900. Nous l'avons revue en décembre dernier, elle n'a pas encore de récurrence.

Obs. IV (personnelle).

Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx adhérent.

— *Infection de la paroi.* — *Désunion le septième jour.* — *Suture incomplète.* — *Mort de péritonite.*

Valérie C..., 32 ans, sans profession, entre le 14 septembre 1899 à l'hôpital Broca, salle Récamier, lit n° 48.

Antécédents. — Cette malade subit l'hystérectomie abdominale totale le 28 septembre, pour double pyosalpinx adhérent à l'utérus et aux parois pelviennes ; drainage abdomino-vaginal. L'opération avait été très laborieuse ; à plusieurs reprises du pus s'était écoulé dans le petit bassin. Dans ces conditions, malgré les précautions prises, la suture de la paroi, faite sur des tissus contaminés, a été rapidement infectée. Elle mesurait 10 centimètres de long.

Le 3^e jour, on constate déjà un peu de rougeur au niveau des crins de Florence ; la peau est rosée, chaude, tendue sur une largeur de trois travers de doigt. On enlève trois crins, et l'on désunit légèrement avec une sonde cannelée ; pansement humide avec des compresses alcoolisées.

Le 5^e jour, suppuration totale au niveau de la suture, la peau est oedématiée.

Eventration. — Le 7^e jour, après quelques efforts de vomissements, l'intestin se montre au fond de la plaie désunie.

Après désinfection de la tranche cutanée et des muscles à l'eau phéniquée faible, on passe, sans chloroforme, trois points de suture comprenant toute l'épaisseur de la paroi, péritoine y compris ; on serre très faiblement, en laissant entre eux des mèches de gaze accompagnées d'un drain.

Le lendemain, il se produit une légère détente ; la fièvre baisse un peu : 38°7 au lieu de 39°2. Mais les jours suivants, les vomissements deviennent fréquents, la figure s'altère, le pouls faiblit et la malade meurt de péritonite.

Autopsie. — Les anses grêles sont distendues, rougeâtres ; quelques-unes agglutinées. On trouve deux fausses membranes au voisinage de la plaie, et environ un verre de sérosité louche dans les flancs.

OBS. V (personnelle).

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin. — Rupture de la plaie le 8^e jour. — Suture. — Guérison.

Madame A..., 47 ans, entre le 2 octobre 1899 dans une maison de santé rue d'Armaillé.

Cette malade subit le 12 octobre 1899, l'hystérectomie abdominale totale pour corps fibreux. L'opération est conduite régulièrement et terminée en 65 minutes. On laisse par précaution dans la tranche vaginale, une mèche qui est retirée au bout de 3 jours. Fermeture complète de l'abdomen sans Mickulicz. La tumeur pesait 2 kil. 500.

Le 8^e jour ablation des fils profonds. Le soir même, la malade dans un effort de toux, a la sensation d'une déchirure de la cicatrice.

Elle se plaint aussitôt de douleurs violentes au-dessous de l'ombilic. On enlève le pansement ; la plaie était ouverte, et l'intestin grêle sur la peau.

Une nouvelle suture fut pratiquée immédiatement sous chloroforme. On réunit faiblement les deux lèvres de la plaie avec 4 fils d'argent pro-

fonds comprenant tous les plans de la paroi abdominale. Deux mèches de gaze sont placées aux angles de l'incision entre les muscles et en dehors du péritoine.

Suites bonnes, les mèches sont enlevées le 4^e jour. La plaie se cicatrise sans la moindre suppuration. La malade sort un mois après cet accident, avec une ceinture, et sans éventration.

OBS. VI, résumée (CHAVANNAZ).

Pylorectomie pour sténose néoplasique. Eventration aiguë.—Guérison.

Homme de 32 ans, considérablement amaigri. Le malade dit avoir perdu 35 kilos. Urines non albumineuses. Pylorectomie le 6 avril 1899. L'abdomen est refermé par trois plans de suture au catgut chromique, et un plan de sutures métalliques sur la peau. On ménage dans la suture le passage d'une petite mèche de gaze iodoformée qui pénètre jusqu'à la suture duodéno-gastrique.

Bon état, après que le choc opératoire a disparu ; le 16 avril ablation de la suture cutanée ; le pansement est un peu mouillé ; un point n'a pas tenu et une petite frange épiploïque a glissé à côté de la mèche de drainage. On change celle-ci ; la réunion est normale sur le reste de la suture.

Le 17 avril, le malade déclare avoir un peu souffert ; le pansement est complètement mouillé par un liquide légèrement hématique. En défaisant le pansement, on trouve une anse intestinale herniée ; on anesthésie légèrement le malade ; toute la plaie se désunit. Ablation des débris de catgut, lavage au sérum des anses intestinales qui présentent une teinte rosée normale. Suture à l'aide de fils métalliques prenant toute la paroi. Suture difficile à cause de la friabilité des tissus et de la tension de la paroi. On draine par deux petites mèches. A ce moment, état inquiétant : pouls à 140, sérum, caféine. Le lendemain, le pouls est entre 120 et 140 ; la température flotte de 37°8 à 39°2 ; le malade ne souffre pas.

Jours suivants : gaz, selles. Retour à la température normale ; pas de vomissements. Du 25 au 28, quelques vomissements qui cèdent dès l'ablation du petit mickulicz. Quelques accidents délirants. Sort le 6 juin encore très amaigri.

Obs. VII (personnelle).

Éventration sept mois après une laparotomie. — Deux essais de cure radicale. — Adhérences intestinales indestructibles. — Guérison.

Marie F..., 44 ans, concierge, entre le 5 décembre 1900, salle Huguiet, lit n° 64, dans le service de M. Pozzi pour s'y faire opérer d'une éventration post-opératoire.

Antécédents. — Cette femme réglée à onze ans, mariée à 18 ans, n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches.

Première laparotomie. — A l'Hôtel-Dieu, le 26 octobre 1898 pour annexite gauche non suppurée. Le ventre est refermé, sans drainage, et la malade sort le 31 novembre avec une cicatrice de 8 centimètres qui paraît solide, et une ceinture abdominale.

Hystérectomie vaginale. — A l'Hôtel-Dieu le 28 février 1899. Opération commandée par un petit fibrome du fond de l'utérus, et suivie d'une fistule stercorale ; les liquides intestinaux et les gaz passent en partie dans le vagin ; la guérison de cette fistule a été obtenue par des cautérisations de l'orifice au nitrate d'argent, puis au thermocautère. Depuis le mois de septembre 1900, la guérison s'est maintenue.

Éventration. — Sept mois après la 1^{re} laparotomie, en mai 1899, la malade constate au niveau de sa cicatrice une grosseur du volume d'une noix située à la partie inférieure gauche de l'incision. Cette petite hernie augmente progressivement ; au mois de novembre 1899 elle avait atteint le volume des deux poings et forcé toute la cicatrice.

A ce moment apparaissent des douleurs fréquentes péri-ombilicales, avec irradiations dans la région lombaire, des coliques violentes, et une constipation qui ne cède qu'à l'usage quotidien des laxatifs ; la malade entre à l'hôpital Broca et le 26 novembre 1899 y subit une 2^e laparotomie.

Seconde laparotomie en novembre 1899, pour une cure radicale d'éventration. La technique opératoire a été celle que nous avons indiquée ; à noter cependant, des adhérences épiploïques très solides, à la face profonde du sac, et qu'on a dû réséquer après ligature au catgut ; signalons aussi la longueur de l'incision ; la cicatrice excisée mesurait 18 centimètres. Les suites de cette intervention paraissaient devoir

être bonnes ; mais quatre mois après, en mars 1900, l'événtration reparaît, la malade est atteinte de bronchite ; sous l'influence des quintes de toux et de la pression abdominale consécutive survient une hernie sur le bord droit de la cicatrice.

Seconde événtration. — Cette hernie augmente de volume progressivement, malgré le port d'une ceinture abdominale ; il se fait des adhérences à la face profonde du sac, adhérences qui au mois d'août, causent des coliques et des vomissements pendant trois mois. A la suite de ces vomissements, la cicatrice cède, sur son bord gauche, et l'événtration se trouve constituée par deux tumeurs situées de chaque côté de la ligne médiane.

Les symptômes douloureux et les troubles intestinaux s'accroissent : coliques fréquentes, douleurs lombaires, douleurs au niveau de la cicatrice, gêne considérable dans la marche, alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements répétés — la malade revient à Broca et demande à être réopérée.

Troisième laparotomie. le 8 décembre 1900. — On se trouve en présence d'une événtration du volume d'une tête de fœtus, et contenant des anses grêles qui se dessinent sous la peau amincie. — Quand la malade est en position horizontale, on peut introduire les deux mains dans l'espace laissé libre par l'écartement des muscles droits. Inutile de rappeler ici le procédé opératoire — nous indiquons seulement les points intéressants.

La cicatrice étant circonscrite par une incision elliptique, et le sac ouvert, on aperçoit l'intestin grêle adhérent à quelques millimètres en dehors de l'incision primitive.

Les anses intestinales forment un peloton adhérent au péritoine hernié, sur toute la périphérie du collet du sac. Ces adhérences sont telles que le doigt ne pénètre en aucun point dans la cavité abdominale ; de plus elles sont très solides — libérer l'intestin paraît dangereux, peut-être impossible — on se contente d'exciser le sommet de la calotte péritonéale qui est libre d'adhérences.

Un surjet au catgut fin réunit la section et ferme le péritoine ; celui-ci d'ailleurs est fortement épaissi ; le deuxième temps de l'opération est laborieux ; les muscles droits sont très éloignés. Après avoir

libéré la peau doublée de sa couche sous-cutanée, on suit chaque muscle de bas en haut, en ayant soin d'ouvrir les gaines sur le bord interne ; puis, on fait une série de points de suture ; ceux-ci sont des points d'appui ; ils sont isolés au catgut, ne comprennent que les muscles et ne cherchent pas l'affrontement exact.

Celui-ci est obtenu par un surjet qui passe à la fois dans le muscle et son aponévrose antérieure et fusionne les deux corps musculaires en une bande musculo-aponévrotique située sur la ligne médiane.

Quelques fils de catgut sont passés sur les points de l'aponévrose antérieure qui ne sont pas en contact.

Un drain du volume d'une plume d'oie est placé sous le plan musculaire à la partie inférieure de l'incision.

On laisse également deux petits drains sous-cutanés, qu'on enlève du reste au bout de 48 heures comme le premier.

Trois fils d'argent, espacés sur la hauteur de l'incision, traversant la peau à 6 centimètres de la ligne médiane, passent sous les muscles droits, et sortent du côté opposé à la même distance. Ces fils sont doubles et serrés sur des bourdonnets de gaze stérilisée. Ils forment une suture d'appui qu'on enlève le 4^e jour.

Enfin, la peau est réunie par un surjet au catgut ; l'opération a duré 1 h. 1/2 et la malade a été endormie au chloroforme.

Suites opératoires. — Les suites immédiates de cette intervention sont parfaites ; les drains sont enlevés le 2^e jour ; les fils d'argent le 4^e. La réunion s'est faite sans trace de suppuration. La cicatrice paraît solide et mesure 20 centimètres, mais il est impossible de savoir encore si elle sera suffisante pour éviter la récurrence.

OBS. VIII (personnelle).

Laparotomie suivie d'éventration aiguë. — Suture. — Eventration chronique. — Deux perforations intestinales pendant l'opération. — Guérison.

Augustine D..., femme R..., 43 ans, ménagère, entre à l'hôpital Broca le 31 janvier 1900, salle Huguier, lit n° 45.

Antécédents. — Cette malade subit une 1^{re} laparotomie à l'hôpital Laënnec le 4 mars 1889 pour lésion annexielle droite supprimée.

Au bout de 48 heures, la paroi se désunit ; le péritoine est ouvert et l'intestin grêle dans le pansement.

On pratique une nouvelle suture sous chloroforme et l'on ajoute au mickulicz qui draine le petit bassin, deux tubes en caoutchouc, de la grosseur du petit doigt.

Cette éventration aiguë n'a pas eu de suites immédiates fâcheuses. Le mickulicz est enlevé le 4^e jour, les drains le huitième, et la malade sort le 20 avril 1889 avec une cicatrice longue de 12 centimètres, large, faible en bas et à la partie moyenne.

L'éventration apparait au mois de mai, et augmente rapidement de volume. Pendant quatre ans, la malade se contente de porter une ceinture abdominale. Puis, des douleurs surviennent accompagnées de coliques, de gêne dans les mouvements, d'élançements dans la partie gauche du petit bassin ; elles prennent à la fin une telle intensité qu'elles forcent la malade à réclamer une seconde intervention.

L'examen avant l'opération permet de constater une éventration du volume d'une tête d'adulte quand la malade est debout. La cicatrice est mince, irrégulière, étalée ; les anses intestinales se dessinent sous la peau. Dans la position horizontale, cette hernie est facilement réductible ; on sent, avec les doigts repliés en crochet, les battements de l'aorte, la colonne vertébrale, et, très en dehors, le bord interne des muscles droits.

Par le toucher vaginal on découvre en outre de grosses lésions des annexes gauches ; l'utérus est immobilisé.

Opération, le 20 février 1900. — La cicatrice étant cernée par une incision elliptique, on pénètre dans le péritoine en un point situé en bas et à gauche. Cette ouverture est agrandie sur le doigt avec des ciseaux courbes.

Le bord gauche du lambeau libéré est récliné à droite. Cette manœuvre permet de constater que l'intestin grêle est fusionné dans une étendue de 7 à 8 centimètres avec la partie médiane de la cicatrice. On essaie de détacher l'intestin en laissant une couverture de péritoine adhérent.

Malgré les précautions prises, on fait deux perforations intestinales ; la première comme une lentille, la seconde de la largeur d'une pièce de cinquante centimes ; suture immédiate par des points de Lambert à la soie fine.

Le lambeau pariétal, ainsi mobilisé, est excisé sur le bord droit avec des ciseaux courbes, dans le tracé de l'incision cutanée.

On enlève ensuite les annexes gauches qui sont très adhérentes à l'utérus et à la paroi pelvienne ; mickulicz dans le petit bassin, réfection de la paroi après ouverture de la gaine des droits.

Suture au catgut en 3 plans, renforcée par 3 fils d'argent profonds que l'on serre sur des bourdonnets de gaze ; l'opération a duré 1 h. 1/2.

La guérison s'est faite sans incidents ; la malade sort le 24 mars 1900. Nous l'avons revue le mois dernier ; la cicatrice est solide. On peut espérer l'absence de récurrence.

Obs. IX (personnelle).

Infection pariétale. — Eventration consécutive. — Cure radicale. — Adhérences multiples. — Guérison.

Marie D..., veuve C..., 36 ans, couturière, entre le 9 février 1898 à l'hôpital Broca, salle A. Guérin, lit n° 49.

Antécédents. — Première laparotomie en mars 1895 pour fibrome utérin. Celui-ci est énucléé, la plaie utérine suturée, et l'organe abandonné dans la cavité abdominale. On ferme le ventre par une suture en masse sans drainage.

4 jours après, rougeur au niveau de la suture, œdème de la paroi, douleur lancinante. On est obligé d'enlever quelques fils pour donner issue à une sérosité louche qui infiltre la paroi ; le 7^e jour, la peau se désunit complètement et l'on panse à plat.

La plaie se réunit par seconde intention en donnant une cicatrice gaufrée, large de trois travers de doigt, et longue de 13 centimètres. La malade sort de l'hôpital au bout de 10 jours, et porte une ceinture abdominale.

Au mois d'octobre de la même année, elle remarque que sa cicatrice grossit au moment des quintes de toux et des efforts. L'éventration débute par une insuffisance totale de la cicatrice devant la pression abdominale et va s'accroissant. Elle devient très volumineuse et la malade entre à Broca pour se faire opérer.

Opération, le 9 mars 1898. — On pénètre dans le sac par la partie

latérale gauche de la cicatrice et on se trouve de suite en présence des difficultés suivantes :

1^o Adhérences épiploïques multiples qui sont détachées après ligature au catgut ;

2^o Adhérences intestinales ; une des anses grêles tient à la fois à la cicatrice et à la paroi utérine ; on est obligé de sculpter le péritoine pariétal et le tissu utérin et de toucher finement au thermocautère la surface cruentée.

3^o Adhérences utérines très solides, par fusion de tissu.

Le lambeau de paroi abdominale ainsi mobilisé est excisé de dedans en dehors.

On enlève ensuite l'utérus et les annexes, et l'on pratique la restauration de la paroi abdominale par le procédé ordinaire. Surjets successifs sur le péritoine, les muscles droits avivés, les gaines feuilletés antérieurs, et la peau. Suture d'appui avec 3 fils d'argent serrés sur des bourdonnets.

Suites.— Très simples ; la malade sort le 18 avril ; nous l'avons revue il y a quelques jours, la cicatrice est solide.

Obs. X (personnelle).

Eventration à début brusque. — Cure radicale. — Alerte chloroformique. — Sortie de l'intestin pendant la respiration artificielle. — Adhérences intestinales et épiploïques. — Guérison maintenue depuis 3 ans.

Marie D..., 36 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Broca le 11 février 1897.

Antécédents. — 1^{re} laparotomie en mars 1894, à la Pitié, pour salpingite double suppurée. On enlève les annexes et on laisse l'utérus. Du pus s'étant écoulé dans le petit bassin pendant l'opération, le chirurgien place un mickulicz avec deux mèches de gaze iodoformée. La malade sort de l'hôpital le 26 avril et reprend ses occupations. La cicatrice mesurait 9 centimètres.

Au mois de septembre de la même année, en soulevant une caisse remplie de charbon, la malade éprouve une douleur violente au-dessous

de l'ombilic ; elle prétend même avoir senti comme un craquement dans la paroi abdominale ; le lendemain, elle est obligée de garder le lit ; puis, la douleur s'apaise ; mais les jours suivants, la malade remarque une petite saillie à la partie inférieure de la cicatrice. La hernie augmente ; et deux ans après ce début brusque, la malade entre à Broca avec une éventration volumineuse.

Opération, le 22 février 1897. — Technique ordinaire. Mais quelques incidents à noter :

L'incision du péritoine ayant porté sur un point adhérent à l'intestin, celui-ci se présente dans la boutonnière péritonéale, avec une éraillure de la couche externe qui est suturée par 3 points de Lambert à la soie fine. On ouvre la séreuse sur un autre point, et l'on constate d'autres adhérences intestinales et épiploïques. L'épiploon est réséqué facilement ; mais une traction sur l'S iliaque adhérent cause une nouvelle érosion de la séreuse intestinale. Suture à la soie.

On allait faire la restauration de la paroi, quand une alerte chloroformique interrompt l'opération. Sous l'influence de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue, la malade se réveille, vomit, et chasse quelques anses grêles hors de l'incision abdominale. L'intestin est réduit en position déclive et l'opération terminée facilement par une suture à trois plans, après ouverture des gaines. La tranche cutanée saignant beaucoup, on a été obligé de laisser pendant 48 heures un petit drain à la partie inférieure de l'incision.

Suites. — Bonnes. La malade sort le 3 avril 1897. Nous l'avons revue en décembre 1900 ; il n'y a pas de récurrence.

Obs. XI (personnelle).

Eventration six ans après une laparotomie. — Adhérences solides.
— *Cure radicale. — Guérison.*

Marie B..., couturière, 50 ans, entre le 5 novembre 1900, salle Huguier, lit n° 41, à l'hôpital Broca.

Antécédents. — Femme mariée à 26 ans ; 4 grossesses terminées par des accouchements faciles ; puis une fauche couche de deux mois, suivie d'infection utérine avec salpingite double suppurée.

Première laparotomie, le 28 juin 1891 à l'hôpital Broca. — Ablation des annexes ; drainage du petit bassin avec un mickulicz à l'intérieur duquel on tasse deux mèches de gaze stérilisée : le ventre est fermé par une suture à trois plans, au catgut. La malade sort avec une ceinture trente jours après l'opération ; la cicatrice est solide, linéaire dans ses deux tiers supérieurs, plus large, mince, et brune, au tiers inférieur ; elle mesure neuf centimètres de long.

L'éventration se produit six ans après, en juin 1897.

Elle débute par une petite hernie à la partie inférieure de la cicatrice, hernie qui augmente progressivement, gagne en hauteur et atteint en cinq mois le volume de deux poings.

Cette éventration était devenue douloureuse ; la malade dit avoir souffert de coliques fréquemment accompagnées de vomissements ; elle ne pouvait plus marcher ni se baisser et était obligée au moindre effort de prendre les plus grandes précautions.

Opération, le 24 novembre 1900. — Incision elliptique en dehors de la cicatrice. Ouverture du sac en bas et à gauche. Un doigt introduit dans la boutonnière péritonéale ainsi faite, rencontre une première anse d'intestin grêle solidement adhérente au péritoine ; la séparation est impossible. La séreuse est taillée circulairement, au ras de l'intestin, à la façon d'une applique de caoutchouc sur un pneumatique. On libère ensuite deux pédicules épiploïques par des ligatures au catgut. Ces adhérences étant détachées, et l'intestin soigneusement protégé par une compresse chaude et humide, on excise avec des ciseaux courbes le côté droit du lambeau en suivant le tracé de l'incision cutanée.

La restauration de la paroi se fait facilement ; le péritoine est suturé par un surjet au catgut.

Les muscles droits sont libérés de bas en haut et les gaines ouvertes sur leur bord interne. Deux fils d'argent sous-musculaires, extra-péritonéaux, sont passés à six centimètres en dehors de l'incision cutanée et seront serrés sur des bourdonnets de gaze stérilisée, comme suture d'appui. Les muscles droits sont rapprochés par un surjet au catgut fin. Un second surjet musculaire et aponévrotique consolide le premier. Drain

sous-cutané à la partie inférieure de l'incision. Suture de la peau au crin de Florence par points séparés.

Suites opératoires. — Bonnes. Réunion par première intention ; le drain est enlevé le 3^e jour ; les crins le 9^e. La malade sort le 26 décembre avec une bonne cicatrice.

Examen de la pièce. — Le lambeau de paroi abdominale enlevé, vu par sa face péritonéale, présente deux fragments épiploïques adhérents et manque de péritoine au point que nous avons signalé.

Obs. XII (personnelle).

Eversion un an après une laparotomie. — Cure radicale. — Adhérences épiploïques. — Sac diverticulaire. — Guérison.

Virginie S... femme B..., 33 ans, ménagère, entre à l'hôpital Broca, le 15 octobre 1897, salle Récamier, lit n° 4.

Antécédents. — Première laparotomie le 14 septembre 1893 à la Charité pour rétroflexion utérine causée et entretenue par une salpingite droite non suppurée. On enlève les annexes malades ; l'utérus est ensuite détaché du rectum et fixé à la paroi abdominale. Le ventre est fermé sans drainage.

L'éversion se produit un an après cette intervention et commence au mois de novembre 1894 par une petite hernie à la partie supérieure de la cicatrice. Bientôt, la ceinture abdominale n'est plus supportée ; l'éversion gagne toute la cicatrice, atteint le volume d'une tête d'adulte, et force la malade à réclamer une seconde opération.

Opération, le 30 octobre 1897. — Au cours de l'opération on constate :

1° Trois grosses adhérences épiploïques qui sont liées au catgut et réséquées ;

2° L'utérus est retombé en arrière et légèrement adhérent ; les annexes gauches sont en bon état ;

3° Il existe, à la partie inférieure de la cicatrice, un prolongement sous-cutané du sac péritonéal, qu'on est obligé de disséquer.

La cure radicale est faite comme à l'ordinaire : résection partielle du sac péritonéal comprenant également la cicatrice qui mesure 10 cen-

timètres de longueur. Surjet sur la séreuse ; suture des droits après avivement ; surjet aponévrotique antérieur, et cutané. On laisse pendant 48 heures un petit drain entre la peau et l'aponévrose.

Les suites sont simples. Réunion par première intention ; la malade a repris ses occupations ; elle n'a pas encore de récurrence.

Obs. XIII (personnelle).

Début d'une éventration dix mois après une laparotomie pour fibrome.

— Mickulicz. — Cure radicale. — Lambeau de 37 centimètres de long ; pas d'adhérences. — Guérison.

Marie D..., femme L..., 38 ans, sans profession, entre à l'hôpital Broca, salle A. Guérin, lit n° 10, le 9 octobre 1899.

Antécédents. — Première laparotomie le 4 février 1893 à l'hôpital St-Louis, pour volumineux fibrome de l'utérus. La tumeur est enlevée avec les annexes, et le col sectionné au-dessus des culs-de-sac vaginaux.

Hémostase difficile ; on est obligé de laisser trois grosses mèches de gaze stérilisée sur une large surface cruentée qui saigne en nappe. Suture étagée ; l'incision avait 16 centimètres.

La malade guérit sans incidents et sort au bout de 35 jours avec une ceinture abdominale.

L'éventration commence dix mois après cette intervention. Elle se produit lentement ; les muscles droits s'écartent de plus en plus et livrent bientôt passage aux deux tiers de la masse intestinale. Ne pouvant plus marcher sans douleur, la malade entre à Broca.

Elle est opérée le 19 octobre 1899.

Détails opératoires. — Grande incision elliptique qui cerne la cicatrice et s'étend du pubis à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le péritoine est ouvert en bas et à gauche. On introduit un doigt dans la boutonnière péritonéale, et l'on prolonge l'incision de la séreuse avec des ciseaux courbes ; l'aide, pendant ce temps, glisse une compresse chaude et humide entre l'intestin et la face profonde du lambeau. Celui-ci est excisé complètement. Notons ici quelques détails importants.

A mesure que le péritoine est sectionné sur le bord droit de l'incision, on referme provisoirement la cavité abdominale de haut en bas avec des pinces qui saisissent les deux bords de la paroi.

Arrivé à la partie moyenne de cette incision descendante, l'opérateur fait mettre la malade en position déclive ; l'intestin retombe sur le diaphragme ; on étale un deuxième champ opératoire, sur la masse intestinale, et l'on achève rapidement la résection de la paroi. Il n'y avait pas d'adhérences.

L'opération est continuée de la façon suivante :

1° Passage de cinq fils d'argent profonds, doubles, bien espacés, et comprenant toute l'épaisseur de la paroi. Après la suture, ces fils sont serrés sur des bourdonnets de gaze.

2° Surjet péritonéal que l'on arrête fréquemment. Les pinces qui tiennent la paroi sont enlevées successivement, et le champ qui protège l'intestin, enlevé par l'angle inférieur de l'incision. L'épiploon se trouve ainsi attiré sous la suture péritonéale.

3° Recherche des grands droits. Ces muscles sont étalés, très pâles ; ils se déchirent sous la traction du surjet. On est obligé de charger en même temps l'aponévrose profonde, et tout ce qui constitue le plan fibreux sus-péritonéal.

4° Surjet aponévrotique et cutané. L'opération a duré 1 h. 1/4. Le segment de peau enlevé mesure 37 centimètres de long sur 14 de large.

Suites. — Les fils profonds ont été enlevés le 10^e jour ; la malade a parfaitement guéri ; elle est venue nous montrer sa cicatrice ; il n'y a pas encore de récidive.

Obs. XIV (personnelle).

Début d'une éventration huit mois après une laparotomie pour annexite suppurée. — Drainage. — Cure radicale. — Adhérences intestinales et épiploïques. — Guérison.

Victorine B..., femme H..., 40 ans, couturière, entre le 8 juin 1899, à l'hôpital Broca, salle Récamier, lit n° 18.

Antécédents. — Cette malade a subi une première laparotomie le

14 novembre 1897 à la Pitié ; on pratique la castration droite pour salpingite ; ignipuncture de l'ovaire gauche ; mickulicz et suture étagée de la paroi abdominale. La malade sort au bout de trente jours et porte une ceinture.

L'éventration se produit lentement ; la malade remarque, au mois de juillet 1898, une petite saillie à l'extrémité inférieure de la cicatrice. Celle-ci mesure 9 centimètres. La hernie atteint en quelques mois le volume d'une tête de fœtus ; la malade se décide à demander une seconde intervention.

Opération, le 24 juin 1899. — Procédé ordinaire. A noter cependant des adhérences épiploïques et intestinales qui sont détachées avec le doigt, ou excisées après ligature. Le péritoine est fermé par un surjet, les muscles avivés et suturés solidement l'un à l'autre ; réfection de l'aponévrose antérieure ; surjet cutané ; deux fils d'argent profonds serrés sur des bourdonnets ; petit drain sous-cutané.

Suites. — Simples ; réunion par première intention. La malade quitte le service le 20 juillet avec une bonne cicatrice ; la guérison s'est maintenue.

OBS. XV (personnelle).

Laparotomie pour néoplasme ovarien. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage. — Ascite. — Eventration trois mois après. — Cure radicale. — Bon résultat.

Irma Ac..., 60 ans, ménagère, entre le 11 janvier 1897 à l'hôpital Broca, salle Récamier, lit n° 10.

Antécédents. — Cette malade est amaigrie ; elle subit à l'âge de 58 ans une laparotomie pour tumeur maligne de l'ovaire droit. Voulant éviter la récurrence, l'opérateur pratique l'hystérectomie abdominale totale. Le petit bassin est drainé par le vagin, et par un mickulicz au centre duquel on glisse un gros drain de caoutchouc ; le ventre qui contenait un peu d'ascite est mis à sec et refermé par une suture à trois plans. Celle-ci mesure 12 centimètres.

La malade guérit de cette intervention ; mais trois mois après, elle avait une éventration.

Il semble que le drainage et le mauvais état général de la malade puissent être invoqués comme facteurs étiologiques.

Opération, le 22 janvier 1897. — Incision elliptique ordinaire, cerçant la cicatrice ; le péritoine ouvert, il s'écoule un peu de liquide ascitique, non teinté de sang ; on tarit le fond du bassin avec des compresses ; et, la malade, étant en position déclive, on constate sur les parois latérales de l'excavation pelvienne, une série de noyaux cancéreux. Inutile et impossible de songer à les enlever.

On ferme le péritoine par un surjet au catgut ; puis, suture du plan musculo-aponévrotique et de la peau ; deux fils d'argent profonds, pas de drainage.

La malade sort le 28 février 1897. La réunion de la paroi s'est faite par première intention malgré le mauvais état général. Nous avons revu cette malade chez elle ; l'épanchement ascitique s'est reproduit ; il est survenu de l'œdème des membres inférieurs, mais la cicatrice est encore intacte ; elle mesure 14 centimètres de longueur.

Obs. XVI (personnelle).

Hystérectomie supra-vaginale. — Drainage. — Éventration neuf mois après. — Cure radicale. — Double sac avec épiploon adhérent. — Guérison.

Léonie G..., femme L..., 33 ans, tapissière, entre le 13 janvier 1898 à l'hôpital Broca, salle Huguier, lit n° 2.

Antécédents. — Cette malade a été opérée à Lariboisière en mai 1896, pour fibrome de l'utérus.

On fait une hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes des deux côtés. L'opérateur est obligé de placer un mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas, sur une large zone d'adhérences, qui saigne en nappe ; la paroi est suturée en trois plans et le drainage retiré le 4^e jour. La malade guérit sans incidents et sort de l'hôpital le 27 juin 1896.

Neuf mois après, elle remarque une saillie du volume d'un œuf de pigeon, en bas et à droite de sa cicatrice ; bientôt, un autre point faible livre passage à l'intestin en haut et à gauche, et l'éventration se con-

ferme, constituée par deux tumeurs adjacentes, comme on a pu le constater au cours de l'opération. La cicatrice mesure 13 centimètres.

Opération, le 24 janvier 1898. — A noter les détails suivants :

1° L'existence de deux sacs contenant chacun de l'épiploon adhérent ;

2° La partie intermédiaire de la cicatrice avait été forcée secondairement, et les muscles droits refoulés très loin de la ligne médiane.

3° L'opération a été exécutée d'après la technique ordinaire et les deux sacs disséqués successivement, après résection de l'épiploon adhérent.

Le péritoine est fermé par un surjet au catgut, de même que les muscles, l'aponévrose antérieure et la peau. Deux points profonds au fil d'argent, serrés sur des bourdonnets de gaze, consolident cette suture étagée.

Suites parfaites. Réunion par première intention. La malade a repris son métier de tapissière. Il n'y a pas de récédive.

Obs. XVII (due à l'obligeance de mon maître et
ami GÉRARD-MARCHANT).

Eventration cinq mois après une intervention pour appendicite. — Cure radicale. — Salpingite droite adhérente au sac et probablement d'origine appendiculaire. — Guérison.

Marie L..., 42 ans, domestique, entre le 8 juillet 1899, à l'hôpital Boucicaut, salle Pasteur, lit n° 5.

Antécédents. — Cette malade a été opérée le 14 novembre 1892 à l'Hôtel-Dieu pour appendicite avec abcès péri-cæcal. La paroi est incisée sur le bord externe du muscle droit ; le foyer évacué, et drainé par des mèches de gaze stérilisée avec deux drains intercalaires. L'appendice noyé dans un bloc de tissu cellulaire n'a pu être réséqué, les 2/3 supérieurs de l'incision sont réunis par une suture à trois plans.

Les suites de cette intervention ont été fort simples. On enlève les mèches au bout de 48 heures, les drains le 6^e jour, et la malade sort

de l'hôpital le 14 décembre avec une cicatrice qui paraît solide et mesure 9 centimètres.

L'éventration se produit cinq mois après, en avril 1893 ; d'abord petite et maintenue en partie par une ceinture de flanelle, cette éventration augmente et s'accompagne d'une douleur sourde dans la fosse iliaque droite. Le point douloureux est bas situé, tout près de l'arcade crurale et ne semble pas d'origine appendiculaire.

Ne pouvant plus travailler, la malade se décide à entrer à l'hôpital Boucicaut.

Opération, le 12 juillet 1899. — La dissection de la peau de chaque côté de l'incision, 13 centimètres, met à nu le péritoine qui est très épaissi. On fait une boutonnière à la séreuse pour explorer avec le doigt les parties sous-jacentes. L'épiploon adhérent en plusieurs points est libéré sur des ligatures au catgut. L'intestin grêle se détache assez facilement. La trompe droite soudée par son pavillon au sac péritonéal est liée près de la corne utérine et sectionnée au thermocautère ; elle présentait les lésions des salpingites parenchymateuses. L'infection de la trompe, dans ce cas, est vraisemblablement causée par l'appendicite étant donné l'intégrité du reste de l'appareil génital. Il est possible aussi que la douleur accusée par la malade soit le résultat de cette adhérence salpingienne.

Le péritoine, après résection partielle, est suturé par des points séparés au catgut ; puis on ramène au contact par de fortes sutures à la soie les deux bords musculaires et aponévrotiques mis à nu de chaque côté de la plaie. Sutures cutanées au crin de Florence ; drain à chaque extrémité de l'incision.

Suites.— Bonnes. Ablation des drains le 4^e jour, et des crins le 9^e ; réunion parfaite.

Obs. XVIII (personnelle).

Début d'une éventration quatre mois après une laparotomie suivie de drainage. — Cure radicale. — Sac adhérent à la gaine du droit face antérieure. — Résection de la gaine. — Guérison.

Louise R..., 23 ans, bonne, entre le 12 février 1897 dans le service de M. Pozzi, salle Broca, lit n° 8.

Antécédents. — Cette malade a été opérée à Necker le 8 juin 1896 pour salpingite gauche suppurée consécutive à une infection post-puerpérale ; le petit bassin a été drainé par une grande mèche de gaze iodoformée à côté de laquelle on a placé un tube de caoutchouc du volume d'une plume d'oie ; la guérison se fait normalement et la malade sort le 13 juillet 1896.

L'éventration commence au mois d'octobre, par une petite grosseur située à la partie inférieure de la cicatrice ; la hernie ainsi formée, glisse sous la ceinture abdominale et augmente progressivement de volume sans causer de troubles fonctionnels appréciables. Effrayée par cette tuméfaction qui avait atteint le volume des deux poings, la malade entre à Broca le 12 février 1897.

Les muscles droits sont complètement séparés sur toute l'étendue de la cicatrice. Celle-ci est très mince, étalée et laisse pénétrer facilement quatre doigts dans l'abdomen. Sa hauteur est de 11 centimètres.

Opération, le 26 mars 1897. — Incision elliptique cernant la cicatrice. On aborde le sac par la partie inférieure gauche de l'incision. Section du péritoine sur le côté gauche. A ce moment, on glisse une compresse chaude et humide sur les anses intestinales qui sont libres de toute adhérence. Le lambeau est soulevé, et renversé sur son bord droit. On entraîne ainsi une adhérence épiploïque qui est sectionnée après ligature au catgut ; puis, on constate que le sac a poussé un diverticule en avant de la gaine du muscle droit. Pour enlever ce prolongement péritonéal soudé à la gaine musculaire, on est obligé de réséquer celle-ci au niveau de la zone adhérente. La suite de l'opération ne présente rien de particulier. Surjet péritonéal, ouverture des gaines et surjet musculaire renforcé par un surjet sur l'aponévrose antérieure ; points d'appui au fil d'argent, et suture intradermique de la peau.

La malade a guéri sans complications et est sortie le 1^{er} mai 1897, avec une ceinture. Nous l'avons revue au mois d'octobre 1900. La guérison s'est maintenue.

Obs. XIX (due à mon collègue LENORMANT).

*Éventration trois mois après une laparotomie. — Début brusque. —
Cure radicale par le procédé de Quénu. — Guérison.*

Alice D..., 42 ans, ménagère, entre le 3 mai 1900 à l'hôpital Boucicaud, salle Pasteur, lit n° 7.

Antécédents. — Cette malade a été laparotomisée le 24 septembre 1898. Il est difficile de savoir exactement pourquoi. Elle raconte que se croyant enceinte de deux mois elle fut prise brusquement à cette époque d'une vive douleur dans le ventre et tomba presque en syncope. Elle entre d'urgence à l'hôpital Necker : repos au lit, lavements laudanisés, glace sur le ventre. Un mois après, on lui enlève une tumeur pelvienne du côté gauche.

L'éventration apparaît en janvier 1900. Le début aurait été brusque. La malade à l'occasion d'un effort éprouve une sensation de déchirure, de craquement avec douleur vive, au niveau de sa cicatrice ; elle est obligée de s'asseoir, puis se met au lit. Un médecin appelé le lendemain constate sur le bord gauche de la cicatrice un point faible, subissant l'impulsion de la toux ; il conseille à la malade de porter sa ceinture avec une pelote placée au niveau de la hernie. La sangle abdominale ainsi modifiée n'est pas supportée, et l'éventration devient totale.

La malade étant debout, et sans qu'elle fasse aucun effort on voit à la partie inférieure du ventre une tumeur à base élargie qui tombe jusqu'à mi-cuisse ; cette tumeur augmente pendant l'effort et la toux et se réduit facilement dans le décubitus dorsal.

La brèche comprise entre l'écartement des droits est considérable. Ces muscles sont à 20 centimètres environ de chaque côté de la ligne médiane. La cicatrice mesure 14 centimètres.

Opération, le 10 mai 1900. — Procédé de M. Quénu. Longue incision médiane sur la tumeur. Dissection de la peau qui adhère au péritoine pariétal. La séreuse est trouée par places ; ces ouvertures accidentelles sont suturées immédiatement.

Découverte des droits. Incision des gaines sur leur bord interne. Suture à la soie fine des gaines (feuilletts postérieurs) au-dessus du péritoine qui est invaginé. Réunion des deux muscles par des points sé-

parés à la soie. Suture des gaines (feuillet antérieurs), enfin suture de la peau et du tissu cellulaire au crin de Florence ; le tissu cicatriciel avait été excisé.

Suites opératoires. — Les suites furent parfaites ; la peau exubérante revient peu à peu sur elle-même et la malade quitte l'hôpital le 8 juin avec une paroi solide.

Obs. XX (personnelle).

Hématome de la paroi. — Éventration consécutive.

Jeanne D..., 40 ans, blanchisseuse, entre dans le service, le 8 janvier 1900, salle A. Guérin, lit n° 6.

Cette femme est opérée le 14 février ; on lui enlève par l'hystérectomie abdominale totale un fibrome de onze livres. Drainage abdomino-vaginal ; longueur de l'incision : 14 centimètres.

La suture de la paroi a été faite en 3 plans et consolidée par 3 fils d'argent profonds serrés sur des bourdonnets.

Les suites opératoires semblaient devoir être parfaites ; mais six jours après, le 22 février, on constate un peu d'œdème à l'angle supérieur de l'incision ; la peau paraît tendue, elle présente une coloration bleuâtre. Une sonde cannelée introduite, donne issue à 80 grammes environ de sang noirâtre et visqueux. Cet hématome était sous-musculaire ; la cavité ainsi formée, est pansée à plat et la guérison s'achève sans incidents. La malade sort le 22 mars.

Elle revient dans le service au mois de juin avec une éventration.

Contrairement à la règle, la hernie siège à l'angle supérieur de la cicatrice tout près de l'ombilic, au niveau de l'ancien foyer sanguin ; l'angle inférieur, malgré le drainage, n'a pas été forcé. La hernie ayant à peine le volume d'un œuf de poule, et la malade n'étant pas décidée à se faire opérer, nous lui avons conseillé de porter une ceinture.

CONCLUSIONS

I. — Les éventrations post-opératoires sont aiguës ou chroniques.

II. — Les mêmes causes peuvent créer l'une ou l'autre de ces variétés.

III. — Les causes déterminantes n'ont pas la même importance ; l'infection de la suture est la plus habituelle ; viennent ensuite les hernies de cicatrice dues à des hématomes, à des causes mécaniques, à une technique imparfaite.

IV. — Les causes prédisposantes sont en rapport avec le siège de l'incision et sa longueur, avec le drainage, l'état général du sujet et l'hygiène post-opératoire.

V. — De ces notions étiologiques, dérive le traitement préventif des éventrations ; la plaie idéale doit être aseptique, peu étendue, bien suturée.

VI. — En présence d'une éventration aiguë le chirurgien peut faire trois choses :

- a) Réduire sans désinfection, suturer sans drainage.
- b) Laver l'intestin, suturer après réduction, drainer.
- c) Panser à plat et attendre la guérison spontanée.

Il existe des indications pour chacun de ces cas.

VII. — La cure radicale des éventrations chroniques est basée sur un certain nombre de principes qu'il est indispensable de suivre si l'on veut obtenir un bon résultat.

VIII. — Ces règles générales sont applicables à tous les procédés. Ceux-ci dépendent de trois méthodes, mais se divisent en deux groupes selon que l'on ouvre ou non le péritoine.

IX. — Le procédé de Quénu donne les plus grandes chances de guérison dans la cure extra-péritonéale des éventrations. La technique que nous avons indiquée et qui est celle de Pozzi, réalise le mieux la protection de l'intestin dans les interventions intra-péritonéales.

X. — Au cours de l'opération deux éventualités sont à craindre : la perforation de l'intestin, l'impossibilité de rapprocher les muscles.

XI. — Les éventrations post-opératoires se compliquent souvent d'adhérences épiploïques et intestinales, et sont comme les hernies ordinaires sujettes à l'étranglement.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUD.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abel.** — De la suture abdominale et des hernies de la paroi. *Arch. f. Gynäk.*, 1898, LVI, p. 656.
- Alexander (W.).** — *Prov. med. Journ.*, 1889.
- Anger (B.).** — *Dict. Jaccoud*, art. Éventration.
- Ardle (J. J. M.).** — Notes on a case of ventral hernia following laparotomy. *Med. Press and Circ.*, 1894, LVII, p. 81.
- Ashton (Wm. Easterly).** — *Ventral hernia following abdominal operations*. Philadelphia, J. V. Schœmaker, in-8, 8 p.
- Bako (A.).** — Suture de la paroi abdominale. *Centralbl. f. Chir.*, 1883, n 50.
- Balandin (St-Petersbourg).** — *Congrès de Berlin*, 1890. — *Beilage zum Centralblatt für Gynäk.*, 1890.
- Berger (Paul).** — *Bulletins de la Soc. de chir.*, 1890.
— *Traité de chirurgie*, VI, p. 801.
— *Examen de 10.000 cas de hernies*.
- Blanc.** — Effets physiologiques de l'éviscération, du shock abdominal opératoire, étude expérimentale (Discussion). *Cong. p. l'avanc. des sc.*, St-Etienne, 1897, 5-12 août.
- Bonavita (Jean-Marie).** — *Contribution à l'étude de la pathogénie, de la prophylaxie et du traitement des éventrations post-opératoires*. Lyon, 1895, in-4, 48 p.
- Bowen.** — Ventral hernia. *Am. J. of Obst.*, 1898, XXX-VIII, p. 547-550.
- Brault.** — Deux éventrations, l'une opératoire, l'autre à la suite d'une plaie accidentelle. Cure radicale. Deux guérisons. *Statistique d'opérations*, 1897.
- Broca (Aug.).** — Cure radicale d'une laparocèle. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 5 septembre 1891.
- Burckardt.** — *Correspondenzbl. Würtemb. Aerzte*.
- Cange.** — *Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical*. Th. Paris, 1899.
- Caselli.** — Laparotomie pour éventration. *Bull. Accad. med. di Genova*, avril-mai 1887.

- Chadwick.** — Opération pour la hernie ventrale consécutive à la laparotomie. *Amer. gyn. Soc.*, 14 septembre 1888.
- Chanteux (P.).** — Eventration post-opératoire. In *De l'éventration sus-ombilicale*. Thèse de Paris, 1898.
- Chavannaz (G.).** — De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Bull. méd.*, 1900, XIV, p. 461-463.
- De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Revue mens. de gynéc., obst. et pédiat. de Bordeaux*, 1900, II, nos 5 et 6, p. 244-249.
- Chrobak.** — *Internat. klin. Rundschau*, 1877, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1888.
- Condamin.** — De la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérence intestinale. *Prov. méd.*, 1895, IX, p. 277.
- De l'omphalectomie et de la suture à trois étages. *Lyon méd.*, 1892.
- Cooper (Astley).** — *Traité des hernies*. Trad. RICHELLOT et CHASSAIGNAC, 1837.
- Currier.** — Ventral hernia resulting after abdominal section and its treatment. *Ann. gynec. and Pediat.*, 1896-1897, X, p. 579-590.
- Suggestions concerning ventral hernia resulting from abdominal section and its treatment. *Tr. Am. Gynec. Soc. Philadelphia*, 1897, XXII, p. 106-122, 1 pl.
- Dartigues.** — *Revue de gynéc.*, 10 août 1900.
- Dauriac.** — *Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzius.* — *Traitément chirurgical des hernies de l'ombilic et des éventrations*. Th. Paris, 1895-96.
- Delguet.** — *De l'éventration xypho-ombilicale et de son traitement par le procédé Goullioud-Demons*. Th. Bordeaux, 1897.
- Desprès.** — *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 5 octobre 1887.
- Diriart.** — *Traitément des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale*. Th. Paris, 1896-97.
- Doran.** — Hernia of the abdominal cicatrix and operations for its cure. *Lancet*, 1897, II, p. 1379-1383.
- Dudley.** — Hernie ventrale étranglée chez une femme de 90 ans. *New-York Obst. Soc.*, 4 février 1891.
- Dujardin.** — Cure radicale de la hernie ombilicale et de l'éventration. *Annales et Bull. de la Soc. belge de chirurgie*, 1897, n° 4, p. 149.
- Dolérès et Pichevin.** — *Traité de gynécologie*.
- Dunning (L.).** — Ventral Hernia following laparotomy. *Tr. am. Ass. Obst. and Gynec. Philadelphia*, 1892-1893, p. 485-495.
- Dupont.** — *De la suture des parois de l'abdomen après la laparotomie*. Th. Paris, 1892.

- Durand.** — Préservation des hernies après la laparotomie. *New-York med. Journ.*, 16 mars 1895, p. 345.
- Duret.** — Des laparocèles. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 5 juin 1891.
- Edebohls.** — Hernie ventrale. *Americ. J. of obst.*, mai 1891.
- The prevention of hernia after incision of the abdominal walls. *New-York J. Gynec. and Obst.*, 1893, III, p. 24-29.
- Elischer.** — Laparotomie pratiquée 4 fois chez un malade. *Cent. f. Gynäk.*, 22 décembre 1895.
- Everke.** — Rupture répétée de la plaie abdominale après la myomotomie. *Zeits. f. Geburts.*, XX, 2.
- Fasola.** — *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1888.
- Faure (J.-L.)**. — Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1898, n° 14.
- Fauvel.** — *De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie*. Th. Paris, 1897-98 ; *Sem. gyn.*, 1898, p. 118.
- Ferrand.** — *Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen*. Th. Paris, 1884.
- Fitch (M.-E.)**. — The prevention of post-operative hernia. *Med. Times*, 1900, XXVIII, p. 138-140.
- Flores.** — Hernia consecutiva a una talla hipogastrica. *Ann. du Cir. med. Argent.*, Buenos-Aires, 1894, XVII, p. 430-432.
- Fosse (Louis)**. — *Contribution à l'étude des éventrations et de leur traitement*. Th. Montpellier, 1897, n° 18.
- Fritsch.** — Les résultats des laparotomies aseptiques. *Cent. f. Gynäk.*, 19 juillet 1890.
- Gilliam (D.-T.)**. — The operative Treatment of ventral hernia resulting from abdominal section. *Med. News*, 1892, LXI, p. 182.
- Gosselin.** — *Leçons sur les hernies abdominales*. Paris, 1865.
- Goullioud.** — Cure radicale des éventrations. *Lyon méd.*, 15 septembre 1896
- De l'éventration opératoire, prophylaxie et cure radicale. *Arch. de toxicologie et de gynéc.*, 1892, XIX, p. 545-551.
- Guinard et Tixier.** — Effets physiologiques de l'éviscération ; du shock abdominal opératoire, étude expérimentale. *Cong. p. l'avanc. des Sc.*, St-Etienne, 5-12 août 1897.
- Hœberlin.** — Opération d'une volumineuse hernie ventrale consécutive à une laparotomie pour péritonite. *Corresp-blatt f. Schweiz. Aerzte*, 1^{er} octobre 1894.
- Hœfer.** — *Les abcès des parois abdominales après la laparotomie*. Th. Berlin, 1898.

- Hagen-Torn.** — Zur frage ueber die mittel zur Vorbeugung von Hernia nach laparotomien. *Centrabl. f. Chir.*, 1884, n° 85.
- Hahn.** — *Dict. DECHAMBRE*, art. Eventration.
- Hanks.** — Peut-on éviter les abcès pariétaux et les hernies après la laparotomie. *Americ. gyn. Assoc.*, 22 septembre 1892.
- Hegar et Kaltenbach.** — *Gynécologie opératoire*. Trad. par BAR. Paris, Steinheil, 1885.
- Heinrich.** — Ueber die operation grosser Bauchnarbenbrüche. *Cent. f. Gynäk.*, 1900, XXIV, p. 53-57.
- Hiestand (P.).** — *Unterleibsbruch und Unfallsbegriff*. Zurich, 1897, in-8°, 34 p.
- Hoffa.** — *Münchener med. Wochenschrift*, 1887, n° 8.
- Homans (J.).** — *Three hundred and eighty four laparotomies*. Boston, 1887.
- Johnson (M.M.).** — Ventral hernia after appendectomy. *J. Am. med. Ass.*, Chicago, 1898, XXXI, p. 402.
- Kehrer.** — 4^e Congrès de la Soc. all. de gynéc., 1891.
- Kovacs.** — De la suture à trois étages. *Deutsche Chir.*, 1882, Lief 59.
- Lachausse.** — *De hernia ventrali*, 1746.
- La Torre.** — Quel est le meilleur mode de fermeture de l'abdomen. *La Gynécologie*, 1897, p. 353.
— *Congrès de Genève*, 1896.
- Le Dentu.** — *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 5 novembre 1890.
- Le Fort.** — *Dict. encyclop. des sciences méd.*, art. Abdomen.
- Lucas-Championnière.** — *Cure radicale des hernies*. Paris, 1892.
- Marcy (H.-O.).** — Ventral hernia following laparotomy; its causes and means; of prevention. *J. Am. med. Ass.*, 1894, XXI, p. 329.
- Maydl.** — *Wiener med. Presse*, 1886, n° 40.
- Minkewitch.** — *Cicatrisation de la plaie abdominale à la suite des laparotomies*, St-Petersbourg, 1898.
- Montgomery.** — Preparation for abdominal section; hernia as a sequel. *Med. News*, 1891, LVIII, p. 385-387.
- Morris (K.-T.).** — Post operative ventral hernia. *Am. med. Quart.*, 1900, I, p. 212-215.
- Noble (Ch.-P.).** — De l'influence de la technique sur les résultats de la suture des parois de l'abdomen. *Boston med. J.*, 9 mars 1900.
- Olivier (G.).** — *Contribution à l'étude des éventrations*, Paris, 1878.
- Ott (D.).** — Contribution aux principes dans le choix des méthodes de la réfection du plancher pelvien de la paroi abdominale. *Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, 1897, n° 5, p. 111.

- Overthun (Aug.).** — *Hernia ventralis nach laparotomie*, Bonn, E. Heydorn, 1894, in-8°, 27 p.
- Pauchet.** — *Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus ; résultats éloignés et comparés*. Thèse Paris, 1896-1897.
- Picqué.** — *Gaz. méd. de Paris*, 1897, n° 39.
- Pozzi.** — Le meilleur mode de sutures abdominales. *Sem. gynéc.*, 1898, p. 261.
- *Bull. Soc. chir.*, 1887, p. 576.
- De la suture abdom. *Congrès français de chir.*, 1888.
- Remarques sur la laparot. *Bull. Soc. chir.*, 1888.
- Sur la suture abdom. *Congrès français de chir.*, 1891, p. 211.
- *Bulletins de la Soc. de chir.*, février 1897, p. 176.
- Price.** — L'incision dans la laparotomie, sa suture, complications post-opératoires. *Med. News*, 20 janvier 1894.
- Pryor.** — Prévention de la hernie après la laparotomie. *Med. Rec.*, 19 septembre 1891.
- Quénu.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 179.
- La cure radicale de la hernie ombilicale. *Gaz. méd. de Paris*, 1893, n° 51.
- Ratchinsky.** — La suture abdominale après la laparotomie. *Ann. de gynéc.*, XL, 1893, p. 161. *Wratch*, 1893, n° 26.
- La suture mixte abdominale après la laparotomie. *Rev. gynéc.*, 10 août 1898, n° 4, p. 679.
- Reignier.** — *Essai sur les hernies ventrales*. Th. Paris, 1879.
- Roger (F.).** — *De la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de M. Quénu. Etude anatomique des muscles droits de l'abdomen et de leurs intersections aponévrotiques*. Th. Paris, 1894-1895.
- Roth.** — Ueber die hernien der Linia alba. *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, LXII, p. 1-45.
- Sänger.** — *Centralblatt für Gyn.*, 1888.
- Schmidt (B.).** — *Die Unterleibsbrüche*. Stuttgart, 1896, in-8, LIX-375 p. avec fig.
- Séguin.** — *Cure radicale des hernies*. Th. d'ag., Paris, 1883.
- Sérullaz.** — *Contribution à la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérences intestinales*. Th. Lyon, 1895.
- Sims.** — Hernie ventrale consécutive à la laparotomie, opération, guérison. *Obst. Soc. of N.-Y.*, 5 janvier 1886.
- Smily.** — Rupture d'une plaie de laparotomie. *British med. J.*, 26 décembre 1896, n° 1878, p. 1829.
- Spencer Wells.** — *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*.

- Stoffmann.** — Some accidents and complications incident and subsequent to abdominal and pelvic operations. *Buffalo med. and surg. Journal*, novembre 1889, p. 286.
- Terrillon.** — *Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière*, 1889.
- *Bulletin de Thérapeutique*, 30 novembre 1884. *Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier, 30 février et 15 mars 1883.
- Vanschengel.** — *Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire*. Thèse de Lille, 1896-1897.
- Velits (Von).** — Des laparotomies répétées chez le même sujet. *Zeits. f. Geburts.*, XX, 2.
- Volkovitch.** — Modifications des incisions abdominales dans les laparotomies. *Vratch*, 31 janvier 1898, n° 5.
- Walther.** — De la cure radicale des éventrations sus-ombilicales. *Rev. de chir.*, 1898, n° 11.
- Wathen.** — Umbilical and ventral hernial. *Amer. J. of Obstet.*, 1893.
- Weir.** — Hernie ventrale. *Intern. Journ. of Surg.*, juin 1890.
- Wertheimer.** — *Essai sur les hernies consécutives à la laparotomie* Paris, 1888.
- Winkelmann (K.).** — *Die Unterleibsbrüche und ihre chirurgische Behandlung*. Leipzig, 1896, in-12, 116 p., avec fig.
- Winter.** — Hernies ventrales, sutures de l'abdomen. VI^e Cong. Soc. allem. de gynéc., Vienne, 1895, 5-7 juin.
- Woakes (E.).** — Case of double ventral hernia ; on strangulated on admission the second becoming so five days after operation on the first ; second operation recovery. *Brit. med. J.*, 1873, II, p. 344.
- Wylie (Gil.).** — Ventral hernie caused by laparotomie. *Americ. J. of obstetrics*, 1887.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	7
PREMIÈRE PARTIE. — Causes des éventrations post-opé- toires.	9
CHAPITRE I. — <i>Définition des éventrations post-opératoires. — Leurs divisions.</i>	<i>9</i>
CHAPITRE II. — <i>Causes déterminantes</i>	<i>12</i>
<i>a) Défauts de technique</i>	<i>12</i>
<i>b) Causes mécaniques</i>	<i>15</i>
<i>c) Les hématomes</i>	<i>17</i>
<i>d) L'infection.</i>	<i>18</i>
CHAPITRE III. — <i>Causes prédisposantes.</i>	<i>21</i>
<i>a) Sièges de l'incision</i>	<i>21</i>
<i>b) Sa longueur.</i>	<i>22</i>
<i>c) Drainage</i>	<i>23</i>
<i>d) Etat général</i>	<i>24</i>
<i>e) Hygiène post-opératoire</i>	<i>25</i>
CHAPITRE IV. — <i>Synthèse étiologique des observations</i>	<i>26</i>
DEUXIÈME PARTIE. — Traitement	29
CHAPITRE I. — <i>Traitement préventif.</i>	<i>29</i>
CHAPITRE II. — <i>Traitement des éventrations aiguës</i>	<i>31</i>
CHAPITRE III. — <i>Traitement des éventrations chroniques.</i>	<i>36</i>
<i>a) Indications</i>	<i>36</i>
<i>b) Principes généraux.</i>	<i>37</i>
<i>c) Procédés opératoires.</i>	<i>38</i>

d) Difficultés opératoires	44
e) Hernies ventrales étranglées	46
OBSERVATIONS.	47
CONCLUSIONS	77
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	79

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
